



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)
Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01355889-7** em **29/07/2020 11:18:18**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0238171-02.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01355889-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 29/07/2020 11:18:18

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2738400_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2738400_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

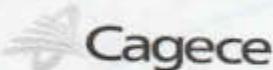
CLIENTE: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03302-2

CONTA: 00000081046-0

Nr. da Autenticação 3B1F1821317AF25C



Nº de Inscrição:

005703450

DETALHOS DO CLIENTE

ELIZEUDE COSTA SOBRINHO

RUA 09 RESIDENCIAL MARACANAU E, 1336, CAGADO
MARACANAU

61913-090

146 003 0022 0066 0303

001 009 000 000 000

ABRIL 2019

20/09/2019 20/09/2019 20/09/2019 5438581

20/08/2019 21/10/2019

07/2019

Nº da Fatura	Classe	Período	Último Valor	Relação
Lançamento	103	029	103	103
Notificação	113	113	113	113
Resgate/Reemb.	113	112	109	113

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Constatamos débito de R\$ 233,82. Caso pago, desconsiderar.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

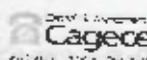
ITEM	VALOR	UNIDADE	MESMO	VALOR
TRANSFERÊNCIA DE ÁGUA	71,55	M³	set/18	0
JURGO/MULTA TARIFA CONT	19,75	Mês	out/18	0
PARCELAMENTO DE REB	0,62	Mês	nov/18	0
MULHA DE 2%	48,20	Mês	dez/18	1
JUROS DE 0,033% AO DIA	2,25	Mês	jan/19	7
ACRESC. IMPORTE ÁGUA TIRI	1,11	Mês	fev/19	—
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	1,26	Mês	mar/19	17
	60,25	Mês	abr/19	0
		Mês	mai/19	16
		Mês	jun/19	22
		Mês	jul/19	17
		Mês	ago/19	21

DETALHES DO PAGAMENTO

PIS	2,03	VALOR DO SERVIÇO	215,70
COFINS	10,13	VALOR DO SUBSÍDIO	3,65
		VALOR TOTAL A PAGAR	212,05

09/2019 08/10/2019 212,05

J:3566150/5297726 L:0286 P:10:37:39 9:041 F:001



Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Entidades Reguladoras: **ACFOR** – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de interesse Ambiental; **0800 285 1919**; Demais localidades: **ARCE** – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; **0800 275 3838**. Ouvidoria estadual: 189. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: **(85) 3222-1000**, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização ao Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO, ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu CENA NUNES DE FREITAS.

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

ENZEUDO COSTA SOBRINHO Inscrito (a) no CPF sob o N° 052.113.533.82,

do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ENZEUDO COSTA SOBRINHO

Inscrito (a) no CPF sob o N° 052.113.533.82, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA 08</u>	Número:	<u>550</u>	Complemento:
Bairro:	<u>NOVO MARACANAÚ</u>	Cidade:	<u>MARACANAÚ</u>	Estado: <u>CEARÁ</u>
E-mail:				CEP: <u>61.905-510</u> Tel.(DDD):

Local e Data: MARACANAÚ - CE 21.11.2019



Assinatura do Declarante



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

ATTESTO que o Círculo
das Amigas, 29, c/s
de De metade (50%)
de 19.8.19, remetendo
para o Conselho Deliberativo
da Federação

15199



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maceió/Ceará - Fones: (85) 9.8705-3716
CNPJ: 08.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro 7416
Nome: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO		CNS: 401.006.876.965.10	
Idade: 29 anos 3 meses 24 dias		Data Nasc: 25/04/90	
Nome da mãe: MARIA COSTA SOBRINHO		Nome do pai:	
Endereço: 09		Nº: 336	
Bairro: RESIDENCIAL		Município: MARACANAÚ	
PG: 20072133613 20072133613	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular	Telefone Residencial 8688464711		Telefone Comercial

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 19/08/19	Hora: 15:35:02
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO	CRM: 11696
Especialidade:	Unidade: RECEPCAO
Convenio: SUS	Categoria: SUS
AMBULÂNCIA:	MOTORISTA:
NÚMERO DA AR: 336	Situação:
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE: ()

AMARELO: ()

AZUL: ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DESCRÍÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

Pt: Bom Cx: S/ I pnt: 6
 Dx: Pneumonia na zona distal esq

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogerio Araujo do Nasimento
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgião do Joelho
 CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

030309015?

FONTESSÃO REVISADA DE FONTRURNO
 CONFERE COM ORIGINAL ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MARACANAÚ
 CNPJ:08.567.811/0001-06
 MARACANAÚ-CE 21/08/2019

		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		ABEMP - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA		2. CNES	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4. CNES	
				237215 0	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5. NOME DO PACIENTE		ELIZEUDO COSTA SOBRINHO		6. Nº DO PRONTUÁRIO	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS		8. DATA DE NASCIMENTO		9. SEXO (1- MASCULINO / 3-FEMININO)	
701006876965794		25.04.1990		1 X 3	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		MARIA COSTA SOBRINHO		11. FONE DE CONTATO	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)		R- 09, N. 1336, RESIDENCIAL.		85 988464711	
13. MUNICIPIO		14. IBGE		15. UF	
MARACANAÚ				CE	
16. CEP					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO					
17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<i>Pancreas e fígado doloroso</i>					
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<i>Diarréia</i>					
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
20. DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10			
<i>Problema Renal</i>		21. PRINCIPAL		22. SECUNDARIO	
		<i>551</i>		23. CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<i>Diálise</i>					
26. LEITO/CLÍNICA		27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/2 URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA			
		1		2	
28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO			
29. DATA		30. CNS/CPF:			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
32. ACIDENTE DE TRÂNSITO		33. CNPJ DA SEGURADORA		34. Nº DO BILHETE DO SEGURO	
				35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO		37.		38. CNPJ DA EMPRESA	
				39. CNAE DA EMPRESA	
40. CID PRINCIPAL		42. CID SECUNDÁRIO		43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA (1-GU)	
				44. LEVE	
45. CID		46. CID SECUNDÁRIO		47. GRAVE	
				48. GRAVISSIMA	
49. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO					
50. DATA / /					
51. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AValiação/AUDITORIA					
52. DATA / /					
53. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AValiação/AUDITORIA					
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH					
55. ORGÃO EMISSOR DA AIH					

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA (ABEMP):

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____
UNIDADE DE INT/LEITO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____
TELEFONE: _____ DATA DE INTERNAMENTO: _____

MOVIMENTO SAÍDA:

CURADO MELHORADO A PEDIDO EVASÃO

ÓBITO:

DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE DECLARAÇÃO IML/SVO

TRANSFERÊNCIA:

ESTABELECIMENTO/ HOSPITAL TRANSFERIDO : _____

RESUMO CLÍNICO:

Fonte Pinto D

TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA DA REALIZAÇÃO, CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, ÓRTESE, PRÓTESE, ETC)

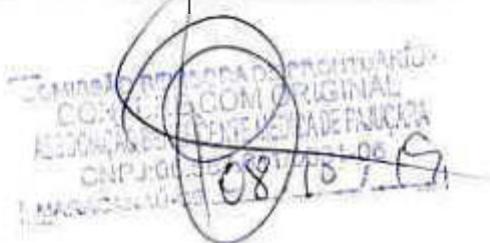
P/Dag

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: (DISCRIMINAR E QUALIFICAR TODOS OS EXAMES)

A

ORIENTAÇÕES:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA





ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS PEDIATRICOS DO CEARÁ

Convênios: SIH/SUS-INAMPS

ALTO

ENFERM.

LEITO

GL.H

PACIENTE:

ELIZUUDO COSTA SOBRINHO

Natural de:

FORTALEZA

Sexo:

MASC

Cor:

PARDA

Nasc:

25.1.

Doc. Ident:

20072133613

Est. Civil:

Profissão:

Endereço:

R-09

Nº 1336

Bairro:

RESIDENCIAL

Município:

MARACANAÚ

fone:

85 9859171

Nome do Pai:

FRANCISCO EPIFANIO SOBRINHO

Natural de:

Nome da Mãe:

MARIA COSTA SOBRINHO

Natural de:

Responsável:

Endereço:

Nº1094

Bairro:

Internação Anterior?

Admissão

26/08/19

Hora

Tem Acompanhante?

Alta

Hora

Origem

Clinica

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

SSM

<i>Diagnóstico</i>	<i>Anamnese</i>	<i>SSM</i>
<i>_____</i>	<i>_____</i>	<i>_____</i>
<i>_____</i>	<i>_____</i>	<i>_____</i>
<i>_____</i>	<i>_____</i>	<i>_____</i>

COBRANÇA MOTIVO CARACT.

A B C D E F G

Médico Assistente

RX SIMPLES

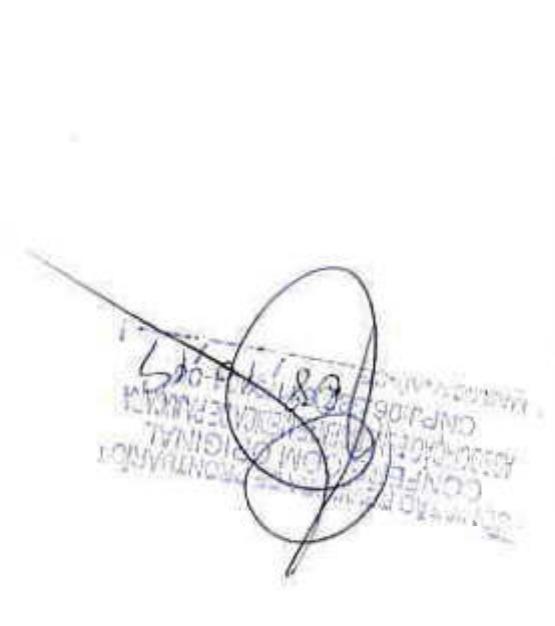
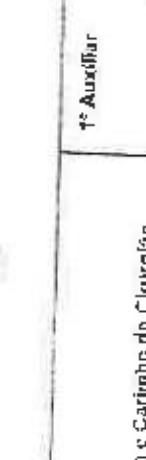
SANGUE
RH (-)

Análise
clínica

RX CONTRASTE

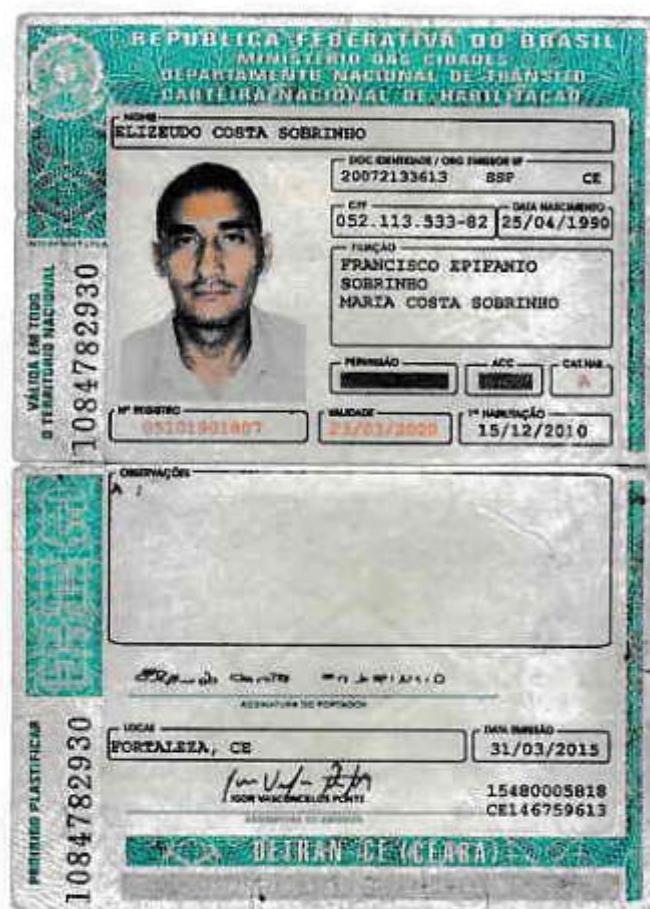
RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

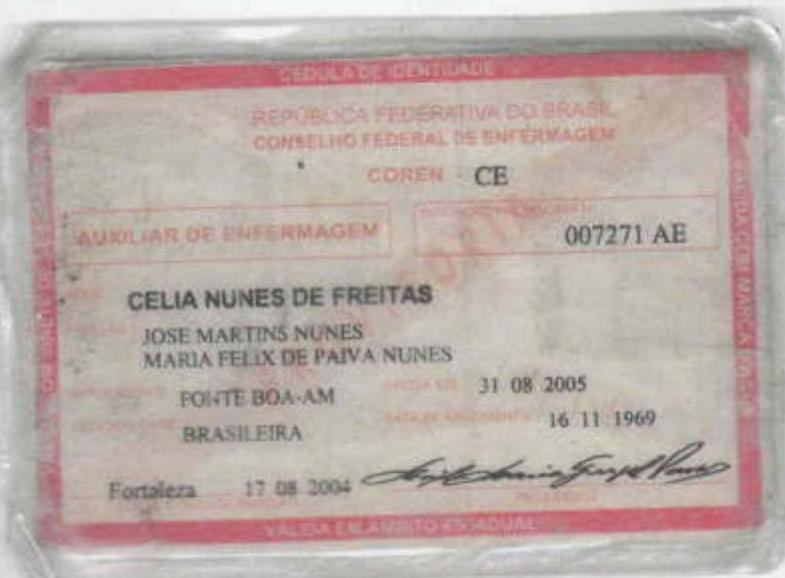
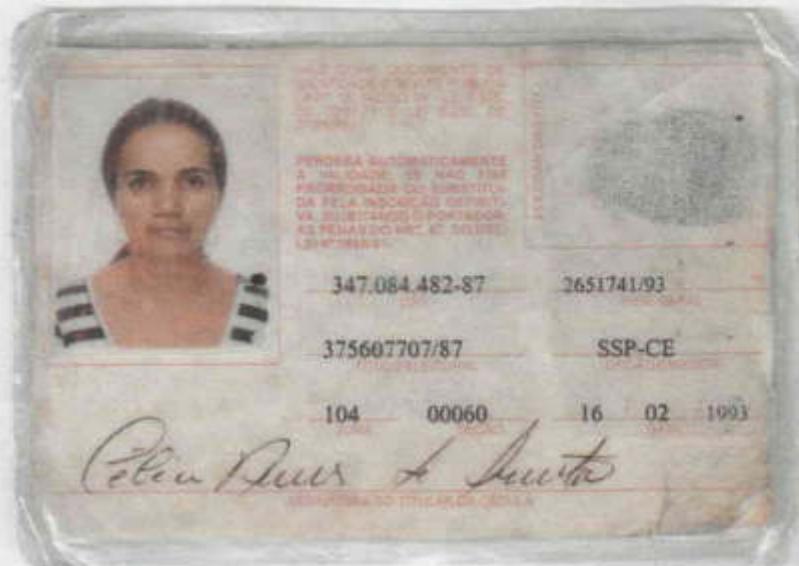
RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)	
 <p>ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)</p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Anestesista</p> <p>Relatar as causas que justificaram a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de麻酔薬 e medicamento.</p>	
 Cirurgião Assinatura e Carimbo do Cirurgião 1º Auxiliar	 Assinatura e Carimbo Assinatura e Carimbo 2º Auxiliar
 Assinatura e Carimbo Assinatura e Carimbo 3º Auxiliar	 Assinatura e Carimbo Assinatura e Carimbo 4º Auxiliar

Journal of Health Politics, Policy and Law

DATA E HORA	ENF. QU APTO.	LENTO	POSSITÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
15/01/08			
15/01/08			



Em caso de perda:
(85) 98841-6709
99919-7442
99850 5855



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190693593 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P.7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: EUSEU DO COSTA SOBRINHO, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão NOTOQUEIRO, residente e domiciliado à Rua RUA 09, nº 1336, bairro RESIDENCIAL CASADO, Município de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARÁ, Cep. 61.913-090, portador(a) do Rg nº 20072133613, SSP/CE e CPF nº 052.113.533-82.

Outorgado: CELIA NUNES DE FREITAS, brasileiro (a), estado civil: DIVORCIADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado (a) à Rua 08, nº 550, bairro NOVO MARACANAÚ Município de MARACANAÚ, Estado de (o) CEARÁ. CEP: 60.905-510 portador (a) do RG nº265174193 SSP/CEARÁ e CPF nº 347.084.482-87

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) EUSEU DO COSTA SOBRINHO, ocorrido em 19/108/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

MARACANAÚ-CE, 18 de OUTUBRO de 2019

*CARTÓRIO
GUERRERO*

Outorgante

CPF Nº 052.113.533-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411703/19

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

CPF: 052.113.533-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO : 052.113.533-82

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 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: 22/11/2019
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

CELIA NUNES DE FREITAS

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693593

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693593

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190693593 **Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO**

Data do Acidente: 19/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003302-2

Conta: 0000081046-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro na ASL:

3 - CPF da vítima:

052.113.533-82 ENZEUDO COSTA SOBRINHO

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

ENZEUDO COSTA SOBRINHO

6 - CPF:

052.113.533-82

7 - Profissão:

NOVOQUEIRO

8 - Endereço:

RUA 09

9 - Número:

1336

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PRESIDENCIAL I

12 - Cidade:

MARACANAÚ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

01.913-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe: foto ou cópia)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

330

CONTA:

2

AGÊNCIA: **330**

2

CONTA: **81.046**

0

(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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prazaguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes necróticas de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivinhos)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, 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 corrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informações digitais da vítima ou beneficiário declarante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MARACANAÚ-CE 18.11.2019

enzeudo costa sobrinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Polycarlos Costa Sobrinho

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

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 na ASL:

3 - CPF da vítima:

052.113.533-82 ENZEUDO COSTA SOBRINHO

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

ENZEUDO COSTA SOBRINHO

6 - CPF:

052.113.533-82

7 - Profissão:

NOVOQUEIRO

8 - Endereço:

RUA 09

9 - Número:

1336

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PRESIDENTIAL I

12 - Cidade:

MARACANAÚ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

01.913-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe: foto ou cópia)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

330

CONTA:

2

AGÊNCIA:

330

2

CONTA:

81.046

0

(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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prazaguismo da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes necróticas de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivinhos)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, 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 corrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Representação digital da vítima ou beneficiário declarante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MARACANAÚ-CE 18.11.2019

enzeudo costa sobrinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Polycarpo Costa Sobrinho

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU
Impresso nº 2015743572



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 204 - 10000 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 14:45:16**
Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2019 14:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV 14, JEREISSATI II - MARACANAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIZEUDO COSTA SOBRINHO**
Nascimento: **25/04/1990** CPF: **052.113.533-82**
RG: **20072133613** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA COSTA SOBRINHO**
FRANCISCO EPIFANIO SOBRINHO
Endereço: **RUA 09, 1336**
Bairro: **RESIDENCIAL I/CAGÁDO**
Município: **MARACANAU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-7146**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local supracitados, estava pilotando a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN, de placa HVG-8072/CE, CHASSI 9C2KC08105R843332, registrada em seu nome, quando ao chegar no cruzamento na Avenida 14, um carro, não sabendo informar placa, que estava em alta velocidade, avançou a sua preferencial e colidiu na sua moto; Que, após isto, o motorista se evadiu do local sem prestar o devido socorro; Que, o declarante caiu na pista de rolamento e bateu com a cabeça no chão perdendo um pouco a consciência, declarando que foi socorrido por populares, pois não recebeu atendimento do SAMU, Ambulância ou qualquer órgão semelhante, declarando que ao retornar sua consciência, ligou para sua esposa de nome Elisângela Ferreira Meneses Costa, a qual foi de imediato para o local do acidente em um carro particular e levou o declarante para o Hospital Dionísio Lapa, localizado a Pajuçara/Maracanaú; Que, em face do acidente, o declarante sofreu fratura em seu punho direito; E nada mais disse://////////.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Cleilton Holanda Pereira CLEILTON HOLANDA PEREIRA - MAT.: 30099710

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Kleilson Carvalho Souza

VISTO DO DELEGADO(A) : PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU
Impresso nº 2015743572



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 204 - 10000 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 14:45:16**
Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2019 14:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV 14, JEREISSATI II - MARACANAU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIZEUDO COSTA SOBRINHO**
Nascimento: **25/04/1990** CPF: **052.113.533-82**
RG: **20072133613** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA COSTA SOBRINHO**
FRANCISCO EPIFANIO SOBRINHO
Endereço: **RUA 09, 1336**
Bairro: **RESIDENCIAL I/CAGÁDO**
Município: **MARACANAU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-7146**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local supracitados, estava pilotando a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN, de placa HVG-8072/CE, CHASSI 9C2KC08105R843332, registrada em seu nome, quando ao chegar no cruzamento na Avenida 14, um carro, não sabendo informar placa, que estava em alta velocidade, avançou a sua preferencial e colidiu na sua moto; Que, após isto, o motorista se evadiu do local sem prestar o devido socorro; Que, o declarante caiu na pista de rolamento e bateu com a cabeça no chão perdendo um pouco a consciência, declarando que foi socorrido por populares, pois não recebeu atendimento do SAMU, Ambulância ou qualquer órgão semelhante, declarando que ao retornar sua consciência, ligou para sua esposa de nome Elisângela Ferreira Meneses Costa, a qual foi de imediato para o local do acidente em um carro particular e levou o declarante para o Hospital Dionísio Lapa, localizado a Pajuçara/Maracanaú; Que, em face do acidente, o declarante sofreu fratura em seu punho direito; E nada mais disse://////////////.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Cleilton Holanda Pereira CLEILTON HOLANDA PEREIRA - MAT.: 30099710

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Kleilson Carvalho Souza

VISTO DO DELEGADO(A) : PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1

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 na ASL:

3 - CPF da vítima:

052.113.533-82 ENZEUDO COSTA SOBRINHO

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

ENZEUDO COSTA SOBRINHO

6 - CPF:

052.113.533-82

7 - Profissão:

NÔDQUEIRO

8 - Endereço:

RUA 09

9 - Número:

1336

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PRESIDENCIAL I

12 - Cidade:

MARACANAÚ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

01.913-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe: foto ou cópia)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

330

2

CONTA:

81.046

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **330**

2

CONTA: **81.046**

0

(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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prazaguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes necróticas de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivinhos)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

NÃO ALFABETIZADO

34

Representante digital da vítima ou beneficiário declarante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

MARACANAÚ-CE 18.11.2019

enzeudo costa sobrinho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 na ASL:

3 - CPF da vítima:

052.113.533-82 ENZEUDO COSTA SOBRINHO

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

ENZEUDO COSTA SOBRINHO

6 - CPF:

052.113.533-82

7 - Profissão:

NÔDQUEIRO

8 - Endereço:

RUA 09

9 - Número:

1336

10 - Complemento:

11 - Bairro:

RESIDENCIAL I

12 - Cidade:

MARACANAÚ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

01.913-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe: foto ou cópia)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito se existir)

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 330 2

2

CONTA: 81.046

0

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prazaguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes necorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivinhos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, 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 corrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Representante digital da vítima ou beneficiário declarante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

MARACANAÚ-CE 18.11.2019

enzeudo costa sobrinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS