
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESES

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESES

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CESARIO SILVA DE MENESES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04159-9

CONTA: 000010010636-6

Nr. da Autenticação 4F0E5C228E667EE9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 013869703660
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA 01 01013630260 00000000000 2017

LUCIANA BATISTA TEIXEIRA
AMONTADA /CE

03073519394 01E9340/CE
PLACA ANT /UF /CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC. GASOL/ALCB
HONDA/NXR150 BROS ESD 2014 2014
2P/OCV/149CC CATEGORIA 1ª PRETA

1ª VENDA / COTAS 1ª VENDA / COTAS
2ª VENDA / COTAS 2ª VENDA / COTAS
3ª VENDA / COTAS 3ª VENDA / COTAS

AMONTADA LOCAL 11/12/2017
Superintendente DENATRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS CUMINDO SEGURO DPVAT

CE Nº 013869703660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 01 03073519394 01E9340
01013630260 HONDA/NXR150 BROS ES 2014 09

PRÊMIO TARIFARIO
FMS (R\$) 81,29
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
DATA DE EMISSÃO 07/12/2017

MOTOR: KD05E4E057071 01763

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

013869703660
RECIBO CE Nº

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS:

ASSINATURA

DE



01763
01E9340
01013630260
161930 01526

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594421 **Cidade:** Amontada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO À ESQUERDA.
FRATURA DA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS O MEMBRO INFERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 147655 Atendimento 0004 Nome do Paciente CESARIO SILVA DE MENESES

CNS 898002918613233

Guia de Autorização

Documento(s) CPF: 248.560.293-04 Identidade: 305987496
Data de Nascimento 25/02/1963 Local ITAIPUOCA/CE

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino
Idade 55 Ano(s)

Pai FRANCISCO GOMES DE MENESES

Mãe AMBROSINA SILVA DE MENESES

Endereço RUA JOAO GOMES DE MENESES, 479

Bairro FLORES

CEP 62540-000

Município AMONTADA

UF CE Telefone 88996423613

Profissão VIGIA Empresa

Cônjuge

Responsável CESARIO SILVA DE MENESES

CPF do Responsável Endereço RUA JOAO GOMES DE MENESES, 479

Município AMONTADA

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/09/2018 Hora 11:35 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional de Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO

CRM/UF 3289/CE

Tipo Atendimento CONSULTA

Indicador de Acidente Trânsito

Funcionário ALEXANDRO DE OLIVEIRA SANTOS

Observação

Sa Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) 86 R (mpm) PA (mmHg) 150 X 90 Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 19/09/2018 11:42

Responsável pela Classificação: FRANCISCA ELISANGEL

Relatório:

PACIENTE REFERENCIADO DE AMONTADA COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO, NEGA TER BATIDO CABEÇA, COMPARECI COM TRAUMA EM MSE(PUNHO) E MID JOELHO ESTANDO COM CORTE, PTE NEGA PROBLEMAS DE SAUDE E ALRGIAS MEDICAMENTOSAS.SPO2

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

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

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

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM: 3289

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO
CRM: 3289

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

18 DEZ. 2018

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CESARIO SILVA DE MENES



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2016007

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552066

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552066

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LESARIO SILVA DE MENESES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

147655

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

998 002 918 6132 33

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/02/1963

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ADIBROSINA SILVA DE MENESES

12 - TELEFONE DE CONTATO

1881 9612-3613

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LESARIO SILVA DE MENESES

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

166 - RUA GOMES DE MENESES 1179 FLORES

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RECANTADA - CEARA

17 - CÓD. IGH MUNICÍPIO

2300754

18 - UF

CE

19 - CEP

6251000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com queixa de dor no peito
de início súbito, tipo opressivo,
sem relação com esforço físico,
acompanhado de dispnéia.

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

HMSVP

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Suspeita de IAM

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

ECG de repouso - normal. Rx de tórax - normal.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Suspeita de IAM, com sintomas de início súbito.

11-605

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de emergência

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

010505-136

29 - CLÍNICA

INTERMED

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. André Luiz de Almeida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/12/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

TRANSITOLOGIA - ORTOPEDIA
RENOVACE 3289-SBOT 1117

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO RHC

41 - SF-100

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAC DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREENHADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APRENDIZADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. José Ribeiro

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Ribeiro

TRANSITOLOGIA - ORTOPEDIA

RENOVACE 3289-SBOT 1117

URIA CORRETORA DE SEG. LTD.

18 DEZ. 2018

ASSINATURA

DADOS DO PACIENTE

Nome		CESARIO SILVA DE MENESES	
Nascimento	Local	26/02/1963 ITAPIPOCA	
Sexo	Raça/Cor	Masculino Parda	
Documento(s)	Identidade	CPF: 248.560.293-04 Identidade: 305987498	
Endereço	Nº	Bairro	Flores
RUA JOAO GOMES DE MENESES	479	Município	
Fone	Profilaxia	VIGIA	
(88)99642-3613	Empresa		
Responsável	CPF do Responsável	Fone Responsável	
CESARIO SILVA DE MENESES	24856029304	(88)99642-3613	
Endereço Responsável	Conjuge		
RUA JOAO GOMES DE MENESES	Pai		
Mãe	FRANCISCO GOMES DE MENESES		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora	Quarto/Leito	Aposento	Clinica	Sector
18/09/2018 15:21	061-0006	ENFERMARIA	CIRURGICA	EMERGENCIA ADULTO
Convênio	Matrícula	Autorização		
SUS		Dias 0 Guia		
Indice	CRM 3289			
Usuário Principal	CID Complementar			
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia	W99.9 Local no			
Observação	Usuário Saida			
USUARIO DOURADO DE SOUSA	Procedimento SUS			
0406050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	Sisprestat			
Data Saida	Hora	Condição da Saida		
18/09/2018		Melhorada		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio.

MMSVP

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Assinatura do responsável

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: SYLVANIA DOURADO DE SOUSA

ITAPIPOCA, 19 de setembro de 2018.

Sylvania Dourado de Sousa



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital HMSV Clínica Trauma Enf. Sala Leito
Paciente Roberto Silva de Menezes Matrícula 147655

Diagnóstico Fratura exposta de perônio da 1ª falange - 1º Art.

Moléstias Secundárias N/D

Queixa e Duração Dor no pé direito há 15 dias

História da Moléstia Atual Acidente de trânsito com queda de 10 metros de altura no pé direito -

Antecedentes Individuais N/D

Antecedentes Hereditários N/D

Hábitos N/D

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

HMSVP

Interrogatório sobre Aparelho N/D

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐ LIBIA CORRETORA DE SEB. ETU.

Óbito ☐

Dr. André Pierre Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CREMECCE 3289-6807 1113

18 DEZ. 2018

Assinatura [Assinatura]

Data



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente Cristiane Silva de Menezes
Categoria 205 Idade 55a Sexo Man Enf. Leito
Data da Cirurgia 22 / 09 / 18 Cirurgião Dr. George Augusto
Auxiliar Circulante Jeanne Brasil
Diagnóstico Pré-operatório: FRACTURA RAPO DISTAL (R)
Cirurgia Ostossintese de frad. Punho E.
Diagnóstico Pós-operatório: FRACTURA RAPO DISTAL (R)

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① ANESTESIA PERCU BRACHIAL (R)
- ② FALTA ISOLEMENTE SUPLEN M. SE
- ③ ASPIRAC E ANTISEPT
- ④ INCISÃO PERCUTANEA EM MÃO CENTRAL
NO ZEMTC E COLOCAÇÃO DE 2 FIOS
DE 2,5MM
- ⑤ INCISÃO PERCUTANEA METARSE DO
RADIO (R) BEBIA PERCUTANEA E
COLOCAÇÃO DE 2 FIOS 3,0MM
- ⑥ COLOCAÇÃO DE PLACAR DE COLA
- ⑦ TACAO LONGITUDINAL M. SE
COM RESISTAC E ASSISE FIXACAO
- ⑧ CURATIVO
- ⑨ RETORNA FADIA SMATCH

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum Onus para o paciente ou
qualquer tipo de convenio.

HMSVP

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018



Dados Clínicos - Médico

Paciente

CESARIO SILVA DE MENESES

Prontuário

147655/0006

Data de Nascimento

25/02/1963

Idade

55 Ano(s)

Nome da Mãe

AMBROSINA SILVA DE MENESES

Data Internação

19/09/2018

Aposento

ENFERMARIA

Profissional Responsável

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO

Quarto/Letto

061/0006

CRM

3289

Convênio

SUS

Setor

EMERGENCIA ADULTO

Especialidade

CIRURGICA

Diagnóstico

S82.2 Fratura da diáfise da tíbia W99.9 Local ne

DESCRICAO PROCEDIMENTO CIRURGICO ANESTESIA

Descrição de Procedimento Cirurgico - Anestesia - 19/09/2018 18:04:45

com o paciente em decubito dorsal realizamos:

a) - sia + campos

la - m com soro e povidine exaustivamente

reparação do aparelho extensor

sutura por planos

curativo

aparelho gessado

X. Ant. Pierre Aguiar Neto

RAUMATOLOGIA - ORTOPEdia

CRM 3289-SSOT 1113

RESPONSÁVEL: ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM-CE 3289

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

HMSVP

LIA CORRETORA DE SEG. LTD.

18 DEZ. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E TRANSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
CESARIO SILVA DE MEISES

DOCEIDENTE / OUTRO IDENTIFICADOR
 305987496 **SEP** **CE**

CPF
 240.560.293-04

DATA NASCIMENTO
 25/02/1963

FILIAÇÃO
 FRANCISCO GOMES DE MEISES
 AMBROSINA SILVA DE MEISES

NÚMERO
 04249932650

VALIDEZ
 24/08/2020

1ª EMISSÃO
 10/12/2007

OBSERVAÇÕES
 A :

Assinatura do Portador
Cesario Silva de Meises

LOCAL
 ITAPIPOCA, CE

DATA EMISSÃO
 31/08/2017

Assinatura do Emissor
[Assinatura]

74846135416
 CE161087710

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1496975875

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1496975875

LIBIA CORRRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS: _____



RECEITUÁRIO

Laudo para DPVAT

P/ Ceronio Silva de Menezes

Paciente vítima de acidente de Trânsito na data de 19/09/2018, compare

B.O. nº 409 - 1013 / 2018

Paciente encerra com fratura de diáfise da tíbia e fratura de rádio distal R.

Foi submetido à procedimento cirúrgico (osteossíntese da fratura do rádio R. e da tíbia D.).

Apresenta sequelas motora e sensorial da face e limitação funcional do MFI e MFD.

Ata Depoimento

22/05/2019

88 9 9660.4153

Rua: Dom Aureliano Matos, 536
Centro - Itapipoca - Ce

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciana Batista Teixeira,

RG nº 2004015142888, data de expedição 05/05/2016

Órgão SSP, portador do CPF nº 03073519394, com

domicílio na cidade de Amontada, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Padre Manoel Primo de Souza, nº 1012,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Leosario Silva de menezes, cujo o condutor era

Leosario Silva de menezes.

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda / NXR150 BEAS ESD

Ano: 2014

Placa: 0JE9340

Chassi: 9C2KB0540E057071

Data do Acidente: 19/09/18

Local e Data: Itapipoca 28/11/12

Luciana Batista Teixeira

Assinatura do Declarante



Leosario Silva de menezes

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



Paloma Diniz

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Ass:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Francineide Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 773191003/78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cebiano Silva Meneses inscrito (a) no CPF sob o Nº 248560293/04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cebiano Silva Meneses, inscrito (a) no CPF sob o Nº 248560293/04, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Avenida Duque de Caxias</u>		Número <u>453</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itapipoca - CE</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62500-000</u>
Email <u>segurodpvatseguro@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(88)996518731</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88)992129995</u>	

Itapipoca 05 de Dezembro de 2018
Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

, 18 DEZ. 2018

Ass: _____

Francineide Silva Cruz

Assinatura do Declarante

Nº DO CLIENTE

6588768

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veloso, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-79 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

548064053

Rota 02 35000 35 058800 - 2

Data de Emissão 05/11/2018

Nome FRANCINEIDE SILVA CRUZ

End. Postal AV DUQ CAXIAS 00953

CENTRO - ITAPIPOCA - 62500000

Medidor 5512243

Posto 0000 0000

Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 771191003-78

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2018	05/11/2018	05/12/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Valor
11911000	Set/2018	16,76

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,95	27,00%	14,02

Padrão Individual

Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual
DIC 5,15	16,39	20,77
FIC 1,30	4,69	13,20
DMIC 2,54		0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5094.1057.1502.5286.0408.9544.0000.0551

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 37460	37395	1,00	65	0,00	65	0,7926	51,95
05/11/18	05/10/18		33 DIAS		65		51,95

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

51,95

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 4,26)

10,16

VENCIMENTO 12/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,07
Transmissão	2,83
Distribuição	10,85
Encargos Setoriais	2,91
Tributos (ICMS e ICFINS)	17,07
TOTAL	51,95

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

67	65	57	70	66	71	75	73	74	66	58	68
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

25,38

0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS E AVISOS DE VENCIMENTO

Para cancelar sua conta em débito automático utilize

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

18 DEZ. 2018

Nº DO CLIENTE

8379610

Para regular seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 20 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 (Fortaleza - CE)
CNPJ 07047351/0001-70 | CGF 06.106.846-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 18 35030 01 124200 - 0

Data de Emissão

Nome AURILENE GOMES RODRIGUES

End. Postal RU JOAO GOMES DE MENESES 00479
FLORES - AMONTADA - 62540000

Posto 0000

Medidor 7667299

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 021529493-90

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência
Out/2018Data da Apresentação
26/10/2018Previsão Próxima Leitura
26/11/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta
Mês
Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

ICMS

Base de Cálculo (R\$)
123,77Alíquota
27,00%Valor do Imposto
33,41

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C136.5921.4025.4788.0780.0042.0520

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18244	18136	1,00	154	3,00	154	0,46	81,25
26/10/18	26/09/18		30 dias		154		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	81,25
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,48
MULTA MORATORIA REF 09/2018	0,89
JUROS DO MES	0,03
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	3,35
COBRAN?A CENTERCOB 0800 600 6531 1/1	39,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,76)	

VENCIMENTO

05/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

149,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energet	38,57
Transmissão	12,00
Distribuição	12,00
Encargos Setoriais	43,15
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	96,00
TOTAL	202,72

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

146	154	134	151	133	148	147	155	159	139	156	145
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensação kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂)	60,12	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM LÍQUIDAÇÃO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no contato de
De denuncie, zila e chame a polícia. Ministério da Justiça.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE AMONTADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 1ª via.
2. Ao terminar a consulta em tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unid. de Origem: U4 AMAS N° do Cartão SUS: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: Amontada
Nome: ROSANE SILVA DE OLIVEIRA Prontuário N°: 117655
Nome da Mãe: _____ N° RG: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 21/01/1963 Ocupação: professora
Endereço: _____ Bairro: Flores Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Problemas de saúde em decorrência de
doença crônica e deterioração de saúde
Resultado de Exames: 4 exames e exames laboratoriais
realizados com resultados satisfatórios

Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: função renal normal e função hepática normal
Cof. Clínico T.A. _____
Cof. Diagnóstico T.A. _____
Cof. Exames T.A. _____
Cof. Encaminhamento T.A. _____
N° Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: consulta Profissional: Dr. Marcos Roberto
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____
Resultado do(s) Exames(s): _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

Data

(*) Utilizar também como resumo de Alta

18 DEZ. 2018

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:	
	24856029304	Cesario Silva de Meneses	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Cesario Silva de Meneses		24856029304	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
leitor	João Gomes de Meneses		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Flores	Amontada	CE	62540-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(88) 94651		

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4159	9	CONTA: 10636	4
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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) ☐ Divorçado ☐ 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
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Itapipoca - CE 05/12/18	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
		CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Cesario Silva de Meneses

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Francinide Silva Cruz

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

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

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



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

18 DEZ. 2018

ASS: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AMONTADA



Impresso nº 2018251897

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 409 - 1013 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/10/2018 08:39:44**
Data / Hora da Ocorrência: **19/09/2018 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BR BR 402**
Complemento: **PROX. AO EDNARDO SALDANHA**
Bairro: _____ Município: **AMONTADA/CE**
Ponto de Referência: _____



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESARIO SILVA DE MENESES**
Nascimento: **25/02/1963** CPF: _____
RG: **305987496** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **AMBROSINA SILVA DE MENESES**
FRANCISCO GOMES DE MENESES
Endereço: **RUA JOÃO GOMES DE MENESES, 479**
Bairro: **FLORES**
Município: **AMONTADA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIE9340** Uf: **CE** Município: **AMONTADA** Chassi: **9C2KD0540ER057071** Renavam: **1013630260** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **LUCIANA BATISTA TEIXEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa a vítima que na data, local e horário supracitado trafegava no veículo Honda/NXR 150 BROS ESD, placa: OIE - 9340, registrada junto ao Detran no nome de Luciana Batista Teixeira; Que em determinado trecho ao tentar desviar de um buraco, perdeu o controle e caiu ao solo; Que foi socorrido por populares e encaminhado para o Hospital de Amontada; Que devido a gravidade precisou ser transferido para o Hospital São Camilo, na cidade de Itapipoca; E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE AMONTADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

JOSE RENATO DE SOUSA - MAT.: 300019-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Cesario Silva de Menezes*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

VITOR HUGO DE SANTANA SANTOS - MAT.: 30123654

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

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:	
	24856029304	Cesario Silva de Meneses	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Cesario Silva de Meneses		24856029304	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
leitor	João Gomes de Meneses		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Flores	Amontada	CE	62540-000
E-mail:	Tel (DDD):		
	(88) 94651		

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
4159 9	10636 4		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Itapipoca - CE 05/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

* Francisco Silva Cruz

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

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

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESES

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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: CESARIO SILVA DE MENESES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 001

Agência: 000004159-9

Conta: 000010010636-6

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, retorne 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,

