



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 **WITC.20.00171983-1** em **03/11/2020 10:07:28**.
- 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 : Itapipoca
Processo : 0001687-94.2019.8.06.0101
Protocolo : WITC.20.00171983-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 03/11/2020 10:07:28

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>[Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição* : 2740404_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2740404_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf
Documentação : 2740404_CONTESTACAO_Anexo_02 - 12-21.pdf
Documentação : 2740404_CONTESTACAO_Anexo_02 - 22-23.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

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, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESSES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESSES

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

Documentação médica-hospitalar

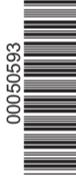
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESSES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESSES

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 MENESSES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04159-9

CONTA: 000010010636-6

Nr. da Autenticação 4F0E5C228E667EE9

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 Atendimento Nome do Paciente
147655 0004 CESARIO SILVA DE MENESSES

CNS
898002918613233

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 305987496
CPF: 246.560.293-04
Data de Nascimento Local
25/02/1963 ITAPIPOCA/CE

Estado Civil
Solteiro(a)

Sexo
Masculino
Idade
55 Ano(s)

Pai
FRANCISCO GOMES DE MENESSES

Mãe
AMBROSINA SILVA DE MENESSES

UF
CE
CE
88996423613

Endereço
RUA JOAO GOMES DE MENESSES, 479

Bairro
FLORES

CEP
62540-000

Município
AMONTADADA

Profissão
VIGIA
Responsável
CESARIO SILVA DE MENESSES

Cônjugue

Município
AMONTADADA

UF
CE

CPF do Responsável

Endereço

RUA JOAO GOMES DE MENESSES. 479

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

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

CRM/UF
3289/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA

Profissional do Atendimento
ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO

Funcionário

ALEXANDRO DE OLIVEIRA SANTOS

Indicador de Acidente
Trânsito

Observação

DATA/HORA LIBERAÇÃO

às _____ hs.

Tipo de Saída

() Alta
() Internação
() Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

86

R (ppm)

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)

Dor no pulso D1 dor L1

& P.1. D2 dor L1

M/17x

Falta exp e d pulm (R&L)

frtng abd d chm L1

fbm

fbm

realizado pelo SUS
(a Unidade de Saúde) sem
um Órgão para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM: 3289

Antônio Pierre Aguiar Neto
CRM 3289
CNPJ 23.200.106/0001-10

Assinatura Paciente/Responsável
Assinatura Paciente/Responsável
Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Paciente/Responsável

18 DEZ. 2018



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO	2552066
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EX-EXECUTANTE	4 - CNES
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO	2552066

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
ESPIRITO SANTO DE MENESES	147655
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO
888 002 918 6132 33	25/02/1963
9 - SEXO	10 - FAÇA/ACOR
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	10.1 F-1NIA
11 - NOME DA MÃE	12 - FONE DE CONTATO
ALICE POSADA SILVA DE MENESES	1881 9612-3613
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - FONE DE CONTATO
ESPIRITO SANTO SILVA DE MENESES	
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, Bairro)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
166 - JUPO GOMES DE MENESES 179 FLORES	17 - CÓD. INGH MUNICÍPIO
Diamantina - PEACAT	18 - UF
	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pontos visíveis: 9- perda de visão
desde a ombela 1-
família clínica - 0 perda de visão
a 0.1 - 0.2 - 0.3

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

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Suspensão e tra

HMSVP

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

1/6 de fundo de olho com 1/6

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Exame suspeito de protetor	111.605		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Ativ	010505-235		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Private	02	() CNS () CPF	Dr. Antônio Pedro Neri
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO NO CONSELHO)	
Dr. Antônio Pedro Neri ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM/CE 3254-SBOT 1117	19/11/2018	ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM/CE 3254-SBOT 1117	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SIGURADORA	40 - N° DO BII-HFTE	41 - SFIH
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	() CNPJ EMPRESA	43 - CNAC DA EMPRESA	44 - CBOR
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DIS-IMPREGADO () APSENTADO () NÃO SIGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COI. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Dr. José Ribeiro 866 663-87		18 DEZ. 2018
48 - DOCUMENTO	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF	Dr. José Ribeiro 866 663-87	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
5/11/2018	CRM/CE 3254-SBOT 1117	
	SMSI - Itapipoca	

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital HMSV Clínica Tran Enf. Sala Leito
Paciente Edson Salles de Menezes Matrícula 197655

Diagnóstico Fibrose espástica de ponto de forma forte

Moléstias Secundárias IPSI

Queixa e Duração Dor na pelve 12 dias E

História da Moléstia Atual desenvolveu-se a partir
de 12 dias com dor na pelve

Antecedentes individuais IPSI

Antecedentes Hereditários IPSI

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

Hábitos IPSI

HMSV

Interrogatório sobre Aparelho IPSI

Alta curado Alta melhorado Alta estado inalterado Alta piorada

Só p/ diagnóstico Transferido Alta a pedido Alta por abandonado

Alta tratam. terminado

Óbito

Dr. Antônio Aguiar Neto
TRIAGEMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CRM-SP 3289-8801 1113

18 DEZ. 2018

Assinatura AS



RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente Ediaine Silva de Menezes
Categoria AVS Idade 65a Sexo Masc Enf. Leito
Data da Cirurgia 22/09/18 Cirurgião Dr. George Augusto
Auxiliar Circulante Jean Guedes
Diagnóstico Pré-operatório: FRACTURA RADIAL PISTAGÉ
Cirurgia Osteosíntese de frad. punho E.
Diagnóstico Pós-operatório: FRACTURA RADIAL PISTAGÉ

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① ALESTESAIA PEXO BRACIAL
- ② FAZIDA ISOLEMÊS SUTURA M.S.
- ③ ASIÉPSIA E ANTISEPSIA
- ④ INCISÃO PERCUTÂNEA EM MÃO CENTRAL NO 2º MÍDIC E COLOCADA DE 2 PINS DE 2,5MM
- ⑤ INCISÃO PERCUTÂNEA METACARPO RADIAL E REGIAO PARENQUÍMATICA E COLOCADA DE 2 FÍGOS 3,0MM
- ⑥ COLOCADA DE FIXADORA DE POLI
- ⑦ FIXAÇÃO LONGITUDINAL M.S. E COM INERTIAÇÃO E ASSESSAMENTO
- ⑧ CLOSURA
- ⑨ RETIRADA FAZIDA SUTURA

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

HMSVP

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Dados Clínicos - Médico

Paciente				Prontuário
CESARIO SILVA DE MENESSES	Idade	Nome da Mãe		147655/0006
25/02/1963	55 Ano(s)	AMBROSINA SILVA DE MENESSES		
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito	
19/09/2018	ENFERMARIA		061/0006	
Profissional Responsável			CRM	
ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO			3289	
Convênio	Sector		Especialidade	
SUS	EMERGENCIA ADULTO		CIRURGICA	
Diagnóstico				
S82.2 Fratura da diáfise da tibia W99.9 Local ne				

DESCRICAÇÃO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ANESTESIA

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

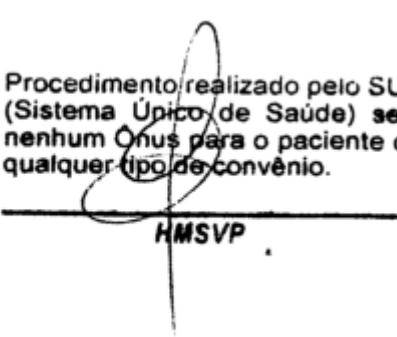
com o paciente em decúbito dorsal realizamos:

o: sia + campos
la m com soro e povidine exaustivamente
repáração do aparelho extensor
sutura por planos
curativo
aparelho gessado


Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
RUMINATOLOGIA - ORTOPEDIA
CRM-SP 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

ASIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS: 



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Ass: _____



RECEITUÁRIO

lance para DP/AT

P/ Cesario Senna de Menezes
Paciente vítima de acidente de
Trânsito na data de 19/09/2018. compare
B.O. n° 409-1013/2018
Paciente encaro com fratura de
diáfise de Tibia e fratura de
meio distal r.
Foi submetido à procedimento cirúrgico
(Osteosíntese da fratura do punho r.
e da Tibia).
Apresenta sequela motora clínica
de punho e limitação funcional do MTR -
med.

Ala Jefimia 

22/09/2019

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
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elzério Silvademos, cujo o condutor era
Elzério Silvademos.

Veículo: Motociclo
Modelo: Honda / NXR150 Beas ESD
Ano: 2014
Placa: 01E9340
Chassi: 4C2K00040ER057071
Data do Acidente: 19/09/18
Local e Data: Itapipoca 28/11/18

Luciana Batista Teixeira

Assinatura do Declarante



Elzério Silvademos

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

CARTÓRIO ÚNICO DE AMONTADA

RECONHECIMENTO DE FIRMA

02

Reconhecido por: Autenticidade
Luciana Batista Teixeira

04/12/2018

Em testemunha da verdade.

Paloma Dini

Modelo de reconhecimento de firma
Nº CL 908843

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francineide Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 773191003-78, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cebanis Silva Meneses inscrito (a) no CPF sob o No 248560293-04, do sinistro de DPVAT cobertura Invulnerável da Vítima Cebanis 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 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>Avenida Duque de Caxias</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Fláipora - CE</u>	Estado
Email	<u>Seguodpvatseguro@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(88)996518731</u>	Telefone celular (DDD)

Fláipora 05 de Dezembro de 2018
Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Francineide Silva Cruz

Assinatura do Declarante

Ass:

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 10.430
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07047251/0001-79 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 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				INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO			
Mês de Referência	Data da Apresentação	Próximo Leitura	Conjunto	Veja a legenda no verso desta conta.	Mês	1ºtr. 1ºtr. 1ºtr. 1ºtr. 1ºtr. 1ºtr.	R\$0 16,76
Nov/2018	05/11/2018	05/12/2018					
ICMS							
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto		Pedágio Individual		Apuração Individual	
51,95	27,00%	14,02	DIC	5,13	16,39	20,77	0,00 0,00 0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL							
5834.1057.1E02.52B6.040B.9544.E000.1561		DMIC	2,94			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

<input checked="" type="checkbox"/> Let. Atual	<input type="checkbox"/> Let. Anterior	<input type="checkbox"/> Cont. C	<input type="checkbox"/> Consumo (kWh)	<input type="checkbox"/> Cons. Incl.	<input type="checkbox"/> Cons. Falt.	<input type="checkbox"/> Tarifa (R\$/kWh)	<input type="checkbox"/> Valor (R\$)
FF 37460	37395	1,00	65	0,00	65	0,279126	18,45
(-1,16)	03/10/18		33 0148		65		51,35

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	51,95
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,16
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 4,26)	

VENCIMENTO 12/11/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$) 62,11**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,07
Transmissão	1,68
Distribuição	10,92
Encargo de Serviços	2,71
Tributos (ICMS PIS COFINS)	17,07
TOTAL	51,95

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
67	65	57	70	66	71	75	70	74	66	72	58

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
	25,38	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTAIS E AVISOS DE ENVOLVIMENTO

PARA GARANTIR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

AMBI

Nº DO CLIENTE

8379610

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 10.430
de 20 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 00.105.848-3

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 0/00

Medidor 7667299

Classe B1 - 01-RESTDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICO

CGF

RG / CPF / CNPJ 021529493-90

Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Horário	Hor. 2018	Hor. 2017
Hora Padrão Individual	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
123,77	21,00%	26,41

Fator Individual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
DIC	5,19	10,38	20,77	1,00	0,00	0,00
FIC	0,10	0,20	1,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	1,24			1,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0136.5901.005.000.0750.RFH.0001.0050

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18141	18130	1,00	154	0,00	0,00	0,44	67,52
26/10/18	26/09/18		30.046		154	0,44	81,25

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	81,25
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-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
- COBRANÇA 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

Enersita	38,46
Transmissão	1,03
Distribuição	16,42
Encargos Sist. Estad.	4,42
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	42,15
TOTAL	96,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

Mês	146	151	154	151	132	146	147	155	159	159	156	145	145
10/2018	146	151	154	151	132	146	147	155	159	159	156	145	145

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consolidação Ecológica (%CO₂)

60,12

0,00

0,00

INFORMAÇÕES IMPORTAÇÕES E EXPORTAÇÕES DE ENERGIA

PARA OBRIGAR A SÉM (CO₂) EM 11.11.2018
SEU NÚMERO DE CLIENTE SERÁ INGIVEL VERIFICAR
Cada vez que visitar a página e entre no combate ao
desperdício, zorra e poluição. Ministério da
Meio Ambiente, Zorra e Poluição. Ministério da
Meio Ambiente, Zorra e Poluição.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Ass:



PREFEITURA MUNICIPAL DE AMONTADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Preencher este ficheiro com todos vossos dados.
2. Ao terminar a consulta em tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1^ª via à Uradade da Oncose.

内燃机车牵引控制系统的研究

Unid. de Origem: 114 NEROS Nº do Cartão SUS: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: Monte Alegre
Nome: DISCOURA SICILIA DE ARAUJO Prontuário Nº: 117655
Nome da Mãe: _____ Nº RG: _____
Sexo: M F Data de Nascimento: 21/01/1967 Ocupação: funcionaria
Endereço: _____ Bairro: Fazenda Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Varíola vírica em paciente de 11076 c/ lesões e diarréia associadas ao perito
Resultado de Exames: varíola vírica e febre alta associadas a varíola vírica e febre alta

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Colutorio Profissional: Enfermeiro
Unidade de Referência: _____ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exames(s): _____

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

Proposta de Conduta para Segmento: _____

Assinatura do Corretor(a) - N.R. Padrão: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Assinatura do Consultante - N° Registro

Función

Data

(*) Utilizar também como resultado do Alfa

LURIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Data
18 DEZ. 2018

ANSWER

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 <i>Cesarino Silva de Meneses</i>				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		<i>Cesarino Silva de Meneses</i>		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:	Complemento:
<i>Vigia</i>	<i>João Gomes de Meneses</i>	<i>24856029304</i>		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	<i>62540-000</i>
<i>Flors</i>	<i>Amontada</i>	<i>CE</i>	Tel.(DDD):	<i>(55) 999651</i>
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104) |

 AGÊNCIA: **4159** **9** CONTA: **10636** **4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>Itapipoca - CE 05/12/18</i>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

** Francisco da 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Lúbia Corretora de Seg. Ltda.

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
Assinatura
Assinatura



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

~~Assinatura~~



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



Impresso nº 2018251897

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **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 Fabricação: **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 meneses

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

VITOR HUGO DE SANTANA SANTOS - MAT.: 30123654

LÍBIA 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	Cesarino 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:	24856029304
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Barro:	João Gomes de Meneses		
E-mail:		CEP:	62540-000
		Tel.(DDD):	(53) 99651

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <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 (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4159 9 CONTA: 10636 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob 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**:

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

Informar dígito da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Itapipoca - CE 05/12/18
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A RODO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

 Assinatura do Procurador (se houver)
 * Franklinide Silva Cruz

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

2º | Nome: _____

CPF: _____

18 DEZ. 2018

Assinatura _____

(*) 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 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.

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 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, 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,

