

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

---

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200169451**

**Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 14/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200169451**

**Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 14/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85  
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: 500 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Imenópolis do Norte 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 62930-000  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88997556374

## 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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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 e 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 6.194/74], 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 prosseguimento 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou 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 (márisco)?  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 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.

34

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, Imenópolis do Norte, C 13-03-2020.  
 José de Fátima Costa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85  
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: 500 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Imenópolis do Norte 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 62930-000  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88997556374

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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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 e 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 6.194/74], 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 prosseguimento 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou 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 (márisco)?  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 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.

34

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, Imenópolis do Norte, C 13-03-2020.

José de Fátima Costa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva	6 - CPF: 033.431.773-85		
7 - Profissão: agricultor	8 - Endereço: sítio Cabeça Preta	9 - Número: 500	10 - Complemento: s/n
11 - Bairro: Terra Rural	12 - Cidade: Lemocino do Norte	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 88997556374		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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.

## 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 6.194/74), 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 prosseguimento 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (márisco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34

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, Lemocino do Norte, Ceará, 13-03-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

033 431 773 85

4 - Nome completo da vítima:

José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo:

José de Fátima Costa Silva

6 - CPF:

033 431 773 85

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Cabeça Preta

9 - Número:

940

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zone rural

12 - Cidade:

Timóteo do Norte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

62930 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8899755-6374

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. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 41792 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

## 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 6.194/74), 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 prosseguimento 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou 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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à luz  Sim  Não nasceu?

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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.

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

José de Fátima Costa Silva

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 2020206808



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 733 / 2020

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 09:00:15**

Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 19:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTR QUE LIGA LIMOEIRO AO TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO A CRUZ DO FINADO ZE MARIA**

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE DE FÁTIMA COSTA SILVA**

Nascimento: **01/01/1987** CPF: **033.431.773-85**

RG: **2000099173086** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**

Filiação: **MARIA GORETTI DA COSTA SILVA**

**JOSE MARIA DA SILVA**

Endereço: **SITIO CABEÇA PRETA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

#### Histórico

A vítima relata que no dia, local e hora acima mencionado, vinha na motocicleta de sua esposa, uma HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2016, COR PRETA, PLACA PMR 9823, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA GERLIENE DA SILVA FERREIRA; Que trafega na Estrada que Liga Limoeiro do Norte-Ce ao Sítio Tomé, quando na curva do fundo Zé Maria, um automóvel que trafegava no sentido oposto ao do declarante, veio a ofuscar sua visão, fazendo com que o declarante perdesse o controle da moto e descesse a via; Que foi socorrido por um popular que passava pelo local; Que esse homem lhe ajudou a levantar-se e a seu pedido, lhe ajudou a subir no veículo; Que sentia dores na perna esquerda, mas ainda conseguiu chegar em casa; Que ao chegar, seu amigo Ozias o trouxe até o hospital São Raimundo, nesta cidade de Limoeiro do Norte-CE; Que recebeu atendimento e foi diagnosticado com fratura na Tibia Distal esquerda; Que como não lhe encaminharam para um hospital a fim de que fizesse cirurgia, acabou indo por conta própria para a cidade de Russas-Ce, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica; Que o declarante é habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : lucinilda

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

LUCINILDA DE MOURA  
ESCRIVÃ DE POLÍCIA  
MAT 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: zé José de Fátima costa silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

АРАД ОО РОДАТЕЛСО САЩИНОВ

ДА СЪДЪРЖАЩА СЪДИИ И СЪДИИ

ДА СЪДИИ И СЪДИИ

ДА СЪДИИ И СЪДИИ

ДА СЪДИИ И СЪДИИ

09/01/85. РЕЧИ АДВОКАТСКОГО ЗА МИЛДОЗ

СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ

СЪДИИ И СЪДИИ СЪДИИ И СЪДИИ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 733 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 09:00:15**  
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR QUE LIGA LIMOEIRO AO TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PROXIMO A CRUZ DO FINADO ZE MARIA**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JOSE DE FÁTIMA COSTA SILVA**  
Nascimento: **01/01/1987** CPF: **033.431.773-85**  
RG: **2000099173086** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA GORETTI DA COSTA SILVA**  
**JOSE MARIA DA SILVA**  
Endereço: **SITIO CABEÇA PRETA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

*Histórico*

A vítima relata que no dia, local e hora acima mencionado, vinha na motocicleta de sua esposa, uma HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2016, COR PRETA, PLACA PMR 9823, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA GERLIENE DA SILVA FERREIRA; Que trafega na Estrada que Liga Limoeiro do Norte-Ce ao Sítio Tomé, quando na curva do fundo Zé Maria, um automóvel que trafegava no sentido oposto ao do declarante, veio a ofuscar sua visão, fazendo com que o declarante perdesse o controle da moto e descesse a via; Que foi socorrido por um popular que passava pelo local; Que esse homem lhe ajudou a levantar-se e a seu pedido, lhe ajudou a subir no veículo; Que sentia dores na perna esquerda, mas ainda conseguiu chegar em casa; Que ao chegar, seu amigo Ozias o trouxe até o hospital São Raimundo, nesta cidade de Limoeiro do Norte-CE; Que recebeu atendimento e foi diagnosticado com fratura na Tibia Distal esquerda; Que como não lhe encaminharam para um hospital a fim de que fizesse cirurgia, acabou indo por conta própria para a cidade de Russas-Ce, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica; Que o declarante é habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : laura

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

LUCINILDA DE MOURA  
ESCRIVÃA DE POLÍCIA  
MAT 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João de Fátima Costa Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85  
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: 500 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Imenópolis do Norte 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 62930-000  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88997556374

## 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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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 e 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 6.194/74], 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 prosseguimento 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou 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 (márisco)?  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 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.

34

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, Imenópolis do Norte, C 13-03-2020.

José de Fátima Costa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

033 431 773 85

4 - Nome completo da vítima:

José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo:

José de Fátima Costa Silva

6 - CPF:

033 431 773 85

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Cabeça Preta

9 - Número:

940

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zone rural

12 - Cidade:

Timóteo do Norte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

62930 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8899755-6374

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. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 41792 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

## 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 6.194/74), 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 prosseguimento 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, as custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou 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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à luz  Sim  Não nasceu?

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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.

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

José de Fátima Costa Silva.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2019034

DADOS DO PACIENTE

Nome <b>JOSE DE FATIMA COSTA SILVA</b>					Prontuário/Atendimento 102107/0002
Nascimento 01/01/1987	Local LIMOEIRO DO NORTE	País Nacionalidade Brasil			Idade 32 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	Religião	
Documento(s) CPF: 033.431.773-85	Identidade: 2000099173066				CNS 70.2809.137.3338-64
Endereço SITIO CABECA PRETA		Nº SN	Bairro ZONA RURAL	Município LIMOEIRO DO NORTE-CE	CEP 62930-000
Fone (86)98129-8162	Profissão		Empresa		Fone Empresa
Responsável			CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável			Conjuge		
Mkt MARIA GORETTI DA COSTA SILVA	Pai JOSE MARIA DA SILVA				

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/12/2019 21:43	Quarto/Leito 100-F	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Betor UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Convênio SUS		Matrícula	Autorização	Dias 0
Médico ERSON RAMIREZ ALVES BARBOSA				Guia
CID Principal	CRM 13941			
Observação				
Usuário FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA	Procedimento SUS			Sispronatal
Data Saída 15/12/2019	Hora 00:00	Comodato de Saída SUS	Usuário Saída 10/12/2019	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital e declaro que não paguei Honorários Médicos e nem diferenças/taxas hospitalares.(exceto convênios e particular).OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

À Direção.

Francisco Jadson Teotonio Lima  
Comodato de Saída  
SUS

LIMOEIRO DO NORTE, 14 de dezembro de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA

Assinatura do responsável

# 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: 15/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00750

CONTA: 000000041792-0

---

Nr. da Autenticação 4261747EB25A7FCE

8133917

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 Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047291/0001-70 | CGF 06.105.948-3



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

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 030696015**

Rota LN221R31 - 223600  
Nome OSIAS HOLANDA DA SILVA  
Endereço ST CABECA PRETA, 00000, SITIO GENIPAPEIRO,  
62930-000, LHM. DO NORTE  
Classificação Rural Residencial Rural  
Modalidade Tarifária B2 RURAL  
Ligação Monofásico

Referência: 11/2019

Emissão: 05/11/2019  
Medidor: 4411221-CPN-306

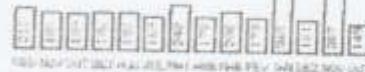
**ÁREA RESERVADA AO FISCO**

007.194-3597-059-2212-141-154-9108

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

**DATAS DE LEITURA** P.P.: 31 dias

Anterior Atual Próxima leitura  
01/10/2019 04/11/2019 05/12/2019



**DADOS DA MEDICÃO**

Posto	Leit. Anterior	Leit. Atual	Consumo Mês (kWh)	Consumo Int. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1	1.162	1.163	1.160	105	10	0,55384	102,46

**DADOS DO FATURAMENTO**

**TARIFA**

**VALOR (R\$)**

CONSUMO ADICIONAL BAND. AMARELA	0,55384	102,46
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	3,34
	-	1,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	107,06	27,00	28,91
PIS	107,06	0,04	0,04
COFINS	107,06	0,30	0,32

12/12/2019

107,06

**CONSUMO CONSCIENTE**

CPF/CNPJ 029.066.233-85

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

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Conscientia Ecologica (%CO<sub>2</sub>)

**FATURAMENTO POR MÉDIA - LEITURA BIMESTRAL**

Período: Band. Tarif.: Amarelo : 03/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 04/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS  
TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO  
0800-8029940 OU FALE COM A ENEL NO  
CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS  
REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES.  
PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

**DEBITOS ANTERIORES**

MES ANO VALOR (R\$)  
10/2019 120,10

Total: R\$ 120,10

Nº do Cliente:

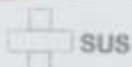
8133917  
Data de Emissão: 05/11/2019  
Nº da Nota Fiscal: 030696015

Referência:

11/2019  
Total a Pagar (R\$): 107,06  
Nº de Controle: 2000022092390

83800000001 7 07060031200 4 02209239007 3 00008133917 8





**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO RAMUNDO  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO RAMUNDO

2 - CNES  
2627707  
4 - CNES  
2627707

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
102107

7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE  
**70.2809.137.3338-64**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1982

9 - SEXO  
 Masculino  
 Feminino

10 RACIA/COR  
 Branca

11 ETNIA  
 Parda

11 - NOME DA MÃE

MARIA GORETTI DA COSTA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO  
(085) 320-8162

13 - NOME DO RESPONSAVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)

SITIO CABECA PRETA SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

17 - CÓD. INSC. MUNICÍPIO

2007601

18 - UF

CE

19 - CEP

62930-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS BRAHES E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fracção de dor  
até 12 horas diariamente*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Recaída de compreensão*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Amostra de urina*

23 - DIAGNÓSTICO

*Recaída de fibromialgia*

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO NO CONSELHO)

36 - CÓDIGO DA CLÍNICA

37 - CÓDIGO DA CLÍNICA

38 - CÓDIGO DA CLÍNICA

39 - CÓDIGO DA CLÍNICA

40 - CÓDIGO DA CLÍNICA

41 - CÓDIGO DA CLÍNICA

42 - CÓDIGO DA CLÍNICA

43 - CÓDIGO DA CLÍNICA

44 - CÓDIGO DA CLÍNICA

45 - CÓDIGO DA CLÍNICA

46 - CÓDIGO DA CLÍNICA

47 - CÓDIGO DA CLÍNICA

48 - CÓDIGO DA CLÍNICA

49 - CÓDIGO DA CLÍNICA

50 - CÓDIGO DA CLÍNICA

51 - CÓDIGO DA CLÍNICA

52 - CÓDIGO DA CLÍNICA

53 - CÓDIGO DA CLÍNICA

54 - CÓDIGO DA CLÍNICA

55 - CÓDIGO DA CLÍNICA

56 - CÓDIGO DA CLÍNICA

57 - CÓDIGO DA CLÍNICA

58 - CÓDIGO DA CLÍNICA

59 - CÓDIGO DA CLÍNICA

60 - CÓDIGO DA CLÍNICA

61 - CÓDIGO DA CLÍNICA

62 - CÓDIGO DA CLÍNICA

63 - CÓDIGO DA CLÍNICA

64 - CÓDIGO DA CLÍNICA

65 - CÓDIGO DA CLÍNICA

66 - CÓDIGO DA CLÍNICA

67 - CÓDIGO DA CLÍNICA

68 - CÓDIGO DA CLÍNICA

69 - CÓDIGO DA CLÍNICA

70 - CÓDIGO DA CLÍNICA

71 - CÓDIGO DA CLÍNICA

72 - CÓDIGO DA CLÍNICA

73 - CÓDIGO DA CLÍNICA

74 - CÓDIGO DA CLÍNICA

75 - CÓDIGO DA CLÍNICA

76 - CÓDIGO DA CLÍNICA

77 - CÓDIGO DA CLÍNICA

78 - CÓDIGO DA CLÍNICA

79 - CÓDIGO DA CLÍNICA

80 - CÓDIGO DA CLÍNICA

81 - CÓDIGO DA CLÍNICA

82 - CÓDIGO DA CLÍNICA

83 - CÓDIGO DA CLÍNICA

84 - CÓDIGO DA CLÍNICA

85 - CÓDIGO DA CLÍNICA

86 - CÓDIGO DA CLÍNICA

87 - CÓDIGO DA CLÍNICA

88 - CÓDIGO DA CLÍNICA

89 - CÓDIGO DA CLÍNICA

90 - CÓDIGO DA CLÍNICA

91 - CÓDIGO DA CLÍNICA

92 - CÓDIGO DA CLÍNICA

93 - CÓDIGO DA CLÍNICA

94 - CÓDIGO DA CLÍNICA

95 - CÓDIGO DA CLÍNICA

96 - CÓDIGO DA CLÍNICA

97 - CÓDIGO DA CLÍNICA

98 - CÓDIGO DA CLÍNICA

99 - CÓDIGO DA CLÍNICA

100 - CÓDIGO DA CLÍNICA

101 - CÓDIGO DA CLÍNICA

102 - CÓDIGO DA CLÍNICA

103 - CÓDIGO DA CLÍNICA

104 - CÓDIGO DA CLÍNICA

105 - CÓDIGO DA CLÍNICA

106 - CÓDIGO DA CLÍNICA

107 - CÓDIGO DA CLÍNICA

108 - CÓDIGO DA CLÍNICA

109 - CÓDIGO DA CLÍNICA

110 - CÓDIGO DA CLÍNICA

111 - CÓDIGO DA CLÍNICA

112 - CÓDIGO DA CLÍNICA

113 - CÓDIGO DA CLÍNICA

114 - CÓDIGO DA CLÍNICA

115 - CÓDIGO DA CLÍNICA

116 - CÓDIGO DA CLÍNICA

117 - CÓDIGO DA CLÍNICA

118 - CÓDIGO DA CLÍNICA

119 - CÓDIGO DA CLÍNICA

120 - CÓDIGO DA CLÍNICA

121 - CÓDIGO DA CLÍNICA

122 - CÓDIGO DA CLÍNICA

123 - CÓDIGO DA CLÍNICA

124 - CÓDIGO DA CLÍNICA

125 - CÓDIGO DA CLÍNICA

126 - CÓDIGO DA CLÍNICA

127 - CÓDIGO DA CLÍNICA

128 - CÓDIGO DA CLÍNICA

129 - CÓDIGO DA CLÍNICA

130 - CÓDIGO DA CLÍNICA

131 - CÓDIGO DA CLÍNICA

132 - CÓDIGO DA CLÍNICA

133 - CÓDIGO DA CLÍNICA

134 - CÓDIGO DA CLÍNICA

135 - CÓDIGO DA CLÍNICA

136 - CÓDIGO DA CLÍNICA

137 - CÓDIGO DA CLÍNICA

138 - CÓDIGO DA CLÍNICA

139 - CÓDIGO DA CLÍNICA

140 - CÓDIGO DA CLÍNICA

141 - CÓDIGO DA CLÍNICA

142 - CÓDIGO DA CLÍNICA

143 - CÓDIGO DA CLÍNICA

144 - CÓDIGO DA CLÍNICA

145 - CÓDIGO DA CLÍNICA

146 - CÓDIGO DA CLÍNICA

147 - CÓDIGO DA CLÍNICA

148 - CÓDIGO DA CLÍNICA

149 - CÓDIGO DA CLÍNICA

150 - CÓDIGO DA CLÍNICA

151 - CÓDIGO DA CLÍNICA

152 - CÓDIGO DA CLÍNICA

153 - CÓDIGO DA CLÍNICA

154 - CÓDIGO DA CLÍNICA

155 - CÓDIGO DA CLÍNICA

156 - CÓDIGO DA CLÍNICA

157 - CÓDIGO DA CLÍNICA

158 - CÓDIGO DA CLÍNICA

159 - CÓDIGO DA CLÍNICA

160 - CÓDIGO DA CLÍNICA

161 - CÓDIGO DA CLÍNICA

162 - CÓDIGO DA CLÍNICA

163 - CÓDIGO DA CLÍNICA

164 - CÓDIGO DA CLÍNICA

165 - CÓDIGO DA CLÍNICA

166 - CÓDIGO DA CLÍNICA

167 - CÓDIGO DA CLÍNICA

168 - CÓDIGO DA CLÍNICA

169 - CÓDIGO DA CLÍNICA

170 - CÓDIGO DA CLÍNICA

171 - CÓDIGO DA CLÍNICA

172 - CÓDIGO DA CLÍNICA

173 - CÓDIGO DA CLÍNICA

174 - CÓDIGO DA CLÍNICA

175 - CÓDIGO DA CLÍNICA

176 - CÓDIGO DA CLÍNICA

177 - CÓDIGO DA CLÍNICA

178 - CÓDIGO DA CLÍNICA

179 - CÓDIGO DA CLÍNICA

180 - CÓDIGO DA CLÍNICA

181 - CÓDIGO DA CLÍNICA

182 - CÓDIGO DA CLÍNICA

183 - CÓDIGO DA CLÍNICA

184 - CÓDIGO DA CLÍNICA

185 - CÓDIGO DA CLÍNICA

186 - CÓDIGO DA CLÍNICA

187 - CÓDIGO DA CLÍNICA

188 - CÓDIGO DA CLÍNICA

189 - CÓDIGO DA CLÍNICA

190 - CÓDIGO DA CLÍNICA

191 - CÓDIGO DA CLÍNICA

192 - CÓDIGO DA CLÍNICA

193 - CÓDIGO DA CLÍNICA

194 - CÓDIGO DA CLÍNICA

195 - CÓDIGO DA CLÍNICA

196 - CÓDIGO DA CLÍNICA

197 - CÓDIGO DA CLÍNICA

198 - CÓDIGO DA CLÍNICA

199 - CÓDIGO DA CLÍNICA

200 - CÓDIGO DA CLÍNICA

201 - CÓDIGO DA CLÍNICA

202 - CÓDIGO DA CLÍNICA

203 - CÓDIGO DA CLÍNICA

204 - CÓDIGO DA CLÍNICA

205 - CÓDIGO DA CLÍNICA

206 - CÓDIGO DA CLÍNICA

207 - CÓDIGO DA CLÍNICA

208 - CÓDIGO DA CLÍNICA

209 - CÓDIGO DA CLÍNICA

210 - CÓDIGO DA CLÍNICA

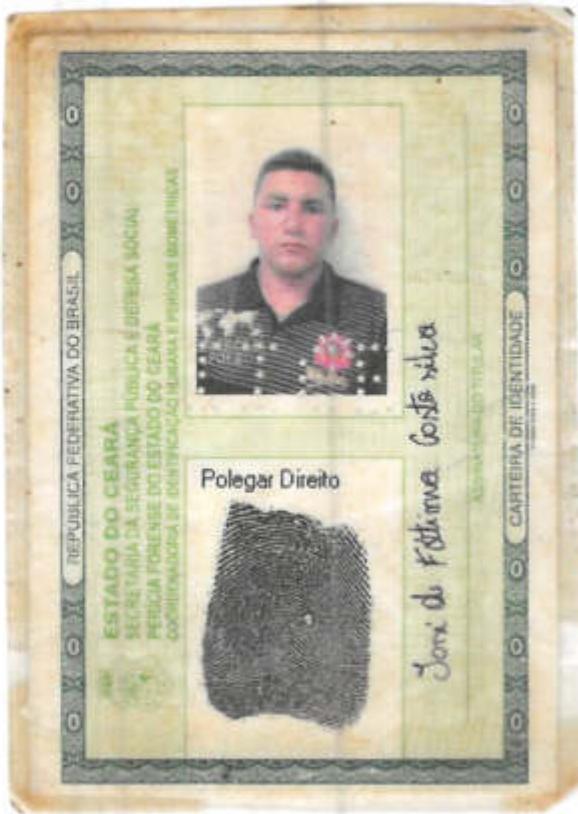
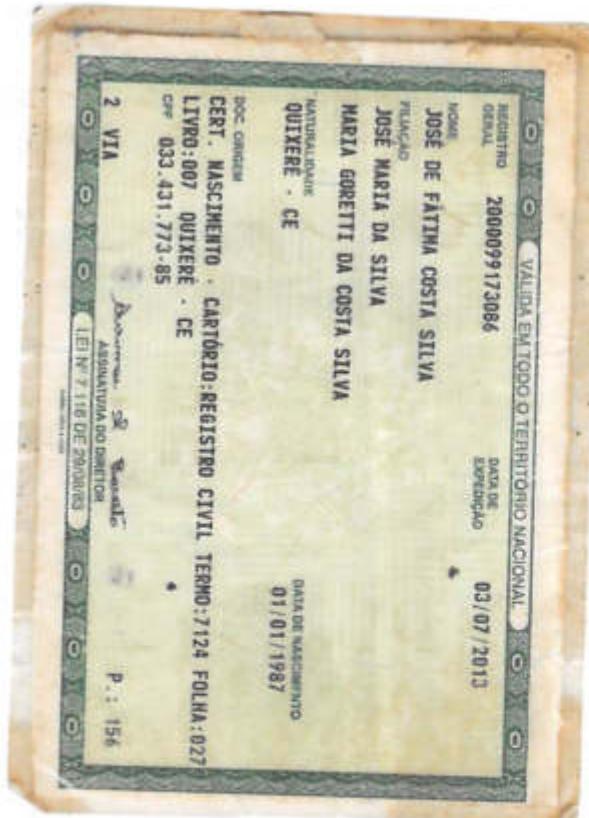
211 - CÓDIGO DA CLÍNICA

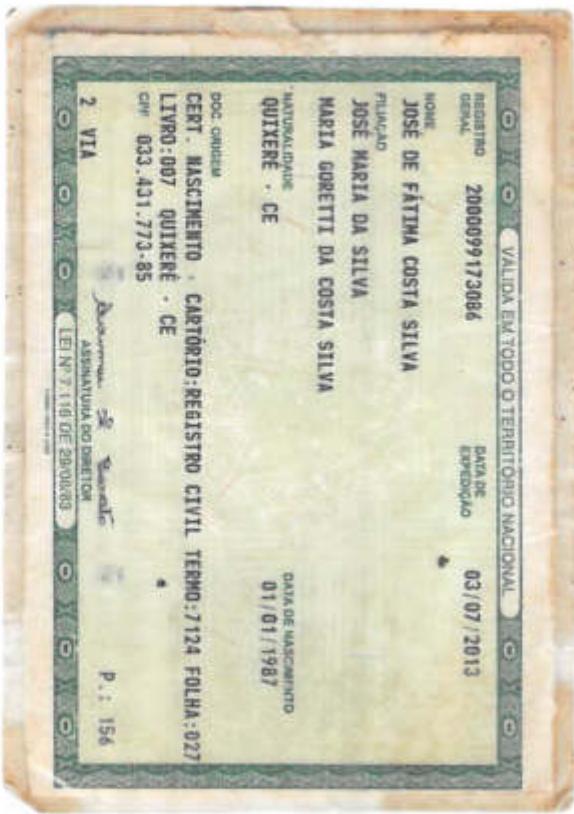
212 - CÓDIGO DA CLÍNICA

213 - CÓDIGO DA CLÍNICA

214 - CÓDIGO DA CLÍNICA

215 - CÓDIGO DA CLÍNICA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA EDN#01	CÓD. RENAVAM 1084924142	R.N.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2019
---------------	----------------------------	--------------------------	-------------------

MARIA GERLIENE DA SILVA PEREIRA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ  
01276806329

PLACA  
PMR9823

PLACA ANT / UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2KC2200GR129097

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL  
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.  
2016

ANO MOD.  
2016

CAP / POT / CIL  
2B/DCV/162CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

I P V A	COTA ÚNICA ***** FAIXA I.P.V.A. *****	VENC. COTA ÚNICA ** / ** / ** PARCELAMENTO / COTAS *****	VENC / COTAS 1* ***** 2* ***** 3* *****
------------------	--	---	--

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

LOCAL

1905 Ponte  
Cidade Industrial

DATA  
14/05/2019



DETRAN-CE

EXPEDIDOR

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

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

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

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

Número do pedido DPVAT: 3300 - 169451.

Data da solicitação: 13-05-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: José de Fátima Costa Silva

CPF do beneficiário: 033.431.773-85

Nome do solicitante: José de Fátima Costa Silva

CPF do solicitante: 033.431.773-85

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 88 ) 99427 - 8621. Tel. Comercial: ( 000 )

Tel. Residencial: ( 000 )

E-mail: emanuele1961@hotmail.com

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

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

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

(DESCRIVER)

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

*Solicito aos senhores analistas de seguro, que reanályse o pedido de indenização, fazendo jus a sequela seca, Fratura de tibia distal esquerda, na qual, está comprovada através do Boletim de ocorrência policial, como também em documentos hospitalares. Portanto, que seja feita a indenização correta mediante a sequela seca.*

*Lemoeiro do Norte, Ceará 14-05-2020.*

Local e Data

*José de Fátima Costa Silva*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200169451      **Cidade:** Limoeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA      **Data do acidente:** 14/12/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200169451      **Cidade:** Limoeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA      **Data do acidente:** 14/12/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

**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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132150/20

**Número do Sinistro:** 3200169451

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/06/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132150/20

**Número do Sinistro:** 3200169451

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/06/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096033/20

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA : 033.431.773-85**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/03/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/03/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118641/20

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA : 033.431.773-85**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132150/20

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA : 033.431.773-85**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/05/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA