
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



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: Jose de Fatima 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: Jose de Fatima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: SN 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Limoeiro do Norte 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88 99755 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 ☐ 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)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 Líder 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Limoeiro do Norte, C 13-03-2020.

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: Jose de Fatima 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: Jose de Fatima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: SN 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Limoeiro do Norte 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88 99755 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 ☐ 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 Líder 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Limoeiro do Norte, C 13-03-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jose de Fatima Costa Silva

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: Jose de Fatima 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: Jose de Fatima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85
7 - Profissão: Aposentado(a) 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Limoeiro do Norte 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88 99755 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 ☐ 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)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 Líder 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 rascunho (vol. nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limoeiro do Norte; C 13-03-2020.

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: Jose de Fatima 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: Jose de Fatima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773.85
7 - Profissão: apreciador 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: 940 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Limoeiro do Norte 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 8899755-6374

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (as) (nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, _____

Jose de Fatima Costa Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 Nº 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) Vitima(s)

Nome: **JOSÉ 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**
JOSÉ 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 Sitio Tomé, quando na curva do findo Zé Maria, um automovel 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 veiculo; Que sentia dores na perna esquerda, mas ainda conseguiu chegar em casa; Que ao chegar, eu 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 propria para a cidade de Russas-Ce, onde veio a se submeter a intervenção cirurgica; Que o declarante é habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



BOLEIM DE OPORTUNIDADE Nº 01 - 1331330

Declaro que fizemos as

inscrições do fato ACIDENTE DE TRÂNSITO

em 13 de maio de 2013, às 13h30min, no

local situado em: RUA LUIZ GOMES DE MORAES

1331330-1, onde este que LUIZ GOMES DE MORAES

MUNICÍPIO DE MONTAÇA

foi o responsável pelo acidente de trânsito

em 13 de maio de 2013.

INSCRIÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

em 13 de maio de 2013, às 13h30min, no

local situado em: RUA LUIZ GOMES DE MORAES

1331330-1, onde este que LUIZ GOMES DE MORAES

foi o responsável pelo acidente de trânsito

em 13 de maio de 2013.

INSCRIÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

em 13 de maio de 2013, às 13h30min, no

local situado em: RUA LUIZ GOMES DE MORAES

1331330-1.

A vítima relatou que no dia 13 de maio de 2013, às 13h30min, estava dirigindo uma moto Honda CB 160 FAN ESDI, ANOMOD 2010, cor preta, placa BR 9833, registrada no DETRAN de MONTAÇA, quando estava trafegando na curva da rua de RUA LUIZ GOMES DE MORAES, quando foi surpreendido por uma moto Honda CB 160 FAN ESDI, ANOMOD 2010, cor preta, placa BR 9833, registrada no DETRAN de MONTAÇA, que estava trafegando na mesma direção e sentido, vindo de trás, e ao tentar evitá-la, perdeu o controle da moto e acabou caindo no asfalto. A vítima relatou que não viu a placa da moto que o atingiu, apenas a cor preta. A vítima relatou que não viu a placa da moto que o atingiu, apenas a cor preta. A vítima relatou que não viu a placa da moto que o atingiu, apenas a cor preta.

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DE FATO ACIDENTE DE TRÂNSITO

**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 Nº 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: **JOSÉ 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****JOSÉ MARIA DA SILVA**Endereço: **SÍTIO 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 findo 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, eu 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 DE MOURA - MAT.: 404567-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****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: Jose de Fatima 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: Jose de Fatima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773-85
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Limoeiro do Norte 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88 99755 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 ☐ 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)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 Líder 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Limoeiro do Norte, C 13-03-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jose de Fatima Costa Silva

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: Jose de Fatima 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: Jose de Fatima Costa Silva 6 - CPF: 033.431.773.85
7 - Profissão: apreciador 8 - Endereço: Sítio Cabeça Preta 9 - Número: 940 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Limoeiro do Norte 13 - Estado: Ceará 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 ☐ 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
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (as) (nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Jose de Fatima Costa Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário - Atendimento: 102107 0001 Nome do Paciente: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA
Documento(s): CPF: 033.431.773-85 Identidade: 2000099173085
Data de Nascimento: 01/01/1987 Local: LIMOEIRO DO NORTE/CE
Pai: JOSE MARIA DA SILVA
Endereço: SÍTIO CABECA PRETA, SN
Profissão:

Mãe: MARIA GORETTI DA COSTA SILVA
Bairro: ZONA RURAL CEP: 62930-000 Município: LIMOEIRO DO NORTE
Cônjuge:

CNS: 702809137333864
Estado Civil: Solteiro(a)

Guia de Autorização
Sexo: Masculino
Idade: 32 Ano(s)

UF: CE Telefone: 88981298152

Responsável: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

CPF do Responsável: Endereço: SÍTIO CABECA PRETA, SN

Município: LIMOEIRO DO NORTE UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 14/12/2019 Hora: 20:18 Condição: SUS
Profissional do Atendimento: ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA
Indicador de Acidente:

Matrícula: CID:
CRM/UF: 13941/CE Tipo Atendimento: CONSULTA CLINICA
Funcionário: MARIA FLAVIANE SILVA QUEIROZ

Observação:

Sinais Vitais: Temperatura (toC): 36.5 Freqüência Cardíaca (bpm): 91 Freqüência Respiratória (bpm): 18 PA Sistólica (mmHg): 160 PA Diastólica (mmHg): 101 Peso (kg): 70 Altura (cm): 173 Oximetria (mmHg): 98 Glicemia (mg/dL):
Data/hora Liberação: 14/12/2019 20:29 Tipo de Saída: Alta clínica

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 14/12/2019 20:22
Responsável pela Classificação: DANYA GERUZA DE SO
Relatório:

Pte vítima de acidente automobilístico apresenta dor intensa em MIE com presença de edema importante.
Nega comorbidades e alergias medicamentosas

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

14/12/2019 20:29:09h Responsável: ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTOXSULO) DURANTE RETORNO DO TRABALHO COM CONTUSÃO E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

EXAME FÍSICO

A - VIAS AÉREAS PÉRVIAS E COLUNA CERVICAL INDOLOR E SEM ESCORIAÇÕES
B - MV+, SRA E TÓRAX COM BOA EXPANSIBILIDADE
C - PA = 160 x 101 mmHg e FC: 91 bpm
D - SEM SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS E GCS: 15
E - ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS EM MMSS E MMII, EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO PARCIAL

CD:

- 1) VOLTAREN --- 01 FA IM
- 2) IMOBILIZAÇÃO SE NECESSÁRIO
- 3) RX DE TORNOZELO ESQUERDO

ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA - CRM 13941

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOSE DE FATIMA COSTA S

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2019034

DADOS DO PACIENTE

Nome JOSE DE FATIMA COSTA SILVA				Prontuário/Atendimento 102107/0002	
Nascimento 01/01/1987		Local LIMOEIRO DO NORTE		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Idade 32 Ano(s)	
Documento(s) CPF: 033.431.773-85		Identidade: 2000099173066		CNS 70.2809.137.3338-64	
Endereço SÍTIO CABECA PRETA		Nº SN		Bairro ZONA RURAL	
Fone (88)98129-8152		Profissão		Município LIMOEIRO DO NORTE-CE	
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjugue		Fone Empresa	
Mãe MARIA GORETTI DA COSTA SILVA		Pai JOSE MARIA DA SILVA		CEP 62930-000	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/12/2019 21:43		Quarto/Leito 100-F		Aposento ENFERMARIA	
Convênio SUS		Matrícula		Clínica MEDICA	
Médico ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA		CID Principal		Setor UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA	
Observação		CID Complementar		Dias 0	
Usuário FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA		Procedimento SUS		Gula	
Data Saída 16/12/19		Hora 18:45		CRM 13941	
Condição de Saída Alta		Usuário Saída Jadson		Sisprenetal	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necrópsia, 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.

Assinatura do paciente
Assinatura do responsável

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.

enel

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 / Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.108.948-3

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

Rota LN221R31 - 273000

Referência 11/2019

Nome OSIAS HOLANDA DA SILVA

Endereço ST CABECA PRETA, 00000

62930-000, LIM. DO NORTE

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL

Ligação Monofásico

Emissão 05/11/2019

Medidor 4411221-CPN-308

ÁREA RESERVADA AO FISCO

COTA 1946,5507, -4453,2216, 0441, 1540,5106

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 20 dias

Anterior

Atual

Próxima prevista

02/10/2019

04/11/2019

05/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Est. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F2	7,700	9,503	1,803	180	00	180	0,55384	102,46

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CONSUMO

0,55384

102,46

ADICIONAL BAND. AMARELA

-

3,34

ADICIONAL BAND. VERMELHA

-

1,26

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	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

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Conectância Ecológica (%CO₂)

FATURADO POR MÉDIA - LEITURA BIMESTRAL

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 03/10 - 31/10
Vermelha : 01/11 - 04/11

DEBITOS ANTERIORES

MÊS-ANO VALOR (R\$)

09/2019 128,10

Total: R\$ 128,10

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS
TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO
0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO
CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS
REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES.
PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Nº do Cliente:

8133917

Referência:

11/2019

Data de Emissão:

05/11/2019

Total a Pagar (R\$):

107,06

V: [1.0.0.5]

Nº da Nota Fiscal:

030696015

Nº de Controle:

200022092390

83800000001 7 07060031200 4 02209239007 3 00008133917 8





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

N21854

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAMUNDO

2 - CNES

2527707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAMUNDO

4 - CNES

2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

102107

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.2809.137.3338-64

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1982

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 RACIA/COR

03 - Parda

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA GORETTI DA COSTA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(081) 28128-8162

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO CABEÇA PRETA SN ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2307601

18 - UF

CE

19 - CEP

62530-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura da

tibia distal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Reclusão de compressão

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

Ampliação + 1 + 1

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Perda de liberação

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Médica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

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

18031628405437

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ERICK NUNES ALVES BARBOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/12/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - EMPREGADOR

40 - EMPREGADOR

41 - AUTÔNOMO

42 - DESEMPREGADO

43 - APOSENTADO

44 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORÇÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2000099173086
DATA DE EXPEDICÇÃO	03/07/2013
NOME JOSE DE FÁTIMA COSTA SILVA	
FILIAÇÃO JOSE MARIA DA SILVA MARIA GORETTI DA COSTA SILVA	
NATURALIDADE QUIXERÊ - CE	
DATA DE NASCIMENTO 01/01/1987	
DOC. CÍVIL CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 7124 FOLHA: 027 LIVRO: 007 QUIXERÊ - CE CPF: 033.431.773-85	
2 VIA	P. : 156
LEI N.º 7.119 DE 20.06.03	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E MÉRICAS BIOMÉTRICAS	
	
Polegar Direito	
Jose de Fatima Costa Silva	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 013871550530

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA EDNAO1 CÔD. RENAVAM 1084924142 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME MARIA GERLIENE DA SILVA FERREIRA

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ
01276806329

PLACA
PMR9823

PLACA ANT / UF
***** / CE

CHASSI
9C2KC2200GR129097

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.
2016

ANO MOD.
2016

CAP / POT / CIL
2P/OCV/162CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA
** / ** / **

VENC / COTAS
1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LIMOEIRO DO NORTE

LOCAL

Igor Ponte
Supervisor



DETRAN-CE

DATA
14/05/2019

EXPEDIDOR

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 3200 - 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: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: emmanuel1961@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 IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Solcito aos senhores analistas de Seguro, que reanálise o pedido de indenização, fazendo jus a sequela solicitada, Fratura de tíbia 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 solicitada.

Limoeiro do Norte, Ce 14-05-2020.

Local e Data

José de Fátima Costa Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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

Valoração 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

Valoração 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA