
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595306

Vítima: SAMUEL HOLANDA COSTA

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO BENTO COSTA

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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190595306

Vítima: SAMUEL HOLANDA COSTA

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO BENTO COSTA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

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:

097.803.643-31

4 - Nome completo da vítima:

SAMUEL HOLANDA COSTA

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

5 - Nome completo:

SAMUEL HOLANDA COSTA

6 - CPF:

097.803.643-31

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SITIO RECANTO DOS BESERRAS

9 - Número:

00

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

POTIRETAMA

12 - Cidade:

POTIRETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62990-000

15 - E-mail:

luanmaalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(88)99735-9404

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:

FRANCISCO BENTO COSTA

18 - CPF do Representante Legal:

301.463.443-91

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTOR

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: Banco Bradesco - 237

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5008

CONTA:

4879

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POTIRETAMA - CE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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:

097.803.643-31

4 - Nome completo da vítima:

SAMUEL HOLANDA COSTA

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

5 - Nome completo:

SAMUEL HOLANDA COSTA

6 - CPF:

097.803.643-31

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SITIO RECANTO DOS BESERRAS

9 - Número:

00

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

POTIRETAMA

12 - Cidade:

POTIRETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62990-000

15 - E-mail:

luanmaalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(88)99735-9404

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:

FRANCISCO BENTO COSTA

18 - CPF do Representante Legal:

301.463.443-91

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTOR

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: Banco Bradesco - 237

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5008

CONTA:

4879

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POTIRETAMA - CE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 408 - 469 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2018 15:16:44**
Data / Hora da Ocorrência: **16/01/2018 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CATINGUEIRINHA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ALTO SANTO/CEBEMOS**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

16 SET 2018

Nome: **SAMUEL HOLANDA COSTA**
Nascimento: CPF: **097.803.643-31**
RG: **2008336251-1** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA**
FRANCISCO BENTO COSTA
Endereço: **SITIO RECREIO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ALTO SANTO/CE**
País: **BRASIL**
CEP:
Telefone: **(88) 99631-3667**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA NATHANYELLE SOUZA FREITAS**
Nascimento: **03/03/1993** CPF: **603.554.083-09**
RG: **2006099036614** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA ELISGARDENIA COSTA DE SOUZA**
FRANCISCO BATISTA DE FREITAS
Endereço: **RUA AVENIDA MARINETE ANSELMO, 7**
Bairro: **CENTRO**
Município: **ALTO SANTO/CE**
País: **BRASIL**
CEP:
Telefone: **(88) 99929-3398**

Histórico

Afirma a pessoa qualificada no presente termo, sujeita as penalidades previstas nos artigos 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção) e 342 (falso testemunho do código penal brasileiro, que no dia e horário acima, conduzia acompanhada o veículo do tipo : Motocicleta HONDA POP 110, cor BRANCA, ano 2016/2016, Placa PMP-9625, CHASSI 9C2JB0100GR215602, registrado no Detran-CE em nome de SUZANA PATRICIA DE HOLANDA NEGREIROS, levando na garupa seu amigo SAMUEL HOLANDA COSTA; QUE seguiam para o centro de Potiretama, quando o pneu traseiro derrapou e ambos acabaram caindo; QUE a noticiante sofreu apenas escoriações mas seu amigo teve Trauma em Punho Direito; QUE foram levados ao Hospital local de Potiretama pela pessoa de SAMARA e em seguida encaminhados ao Hospital HCSR localizado em Russas, onde também foram atendidos pelo SUS; QUE em consequência do acidente seu amigo sofreu lesões constatadas no protocolo de atendimento; QUE não houve gastos com medicamentos; QUE a noticiante bem como seu amigo não chegaram a ir em hospitais ou clínicas particulares, bem como não fizeram exames fora da rede pública de saúde; QUE a noticiante bem como seu amigo não sofreram perda de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 469 / 2018

membros ou órgãos; QUE afirma que esta é a primeira vez que sofre acidente em uma motocicleta.
QUE este acidente foi presenciado por SAMARA HOLANDA COSTA. E nada mais disse, dando-lhe por encerrado o presente registro.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIOGO EMANUEL BRANDAO EMILIANO - MAT.: 30110315

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Nathanylla Sousa Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALINE DE CASTRO MOREIRA - MAT.: 30080513

RECEBEMOS

16 SET 2018

Maria Casimiro F. Nobre
Coordenadora de Segurança
CNPJ: 21.487.708/0001-12

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:

097.803.643-31

4 - Nome completo da vítima:

SAMUEL HOLANDA COSTA

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

5 - Nome completo:

SAMUEL HOLANDA COSTA

6 - CPF:

097.803.643-31

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SITIO RECANTO DOS BESERRAS

9 - Número:

00

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

POTIRETAMA

12 - Cidade:

POTIRETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62990-000

15 - E-mail:

luanmaalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(88)99735-9404

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:

FRANCISCO BENTO COSTA

18 - CPF do Representante Legal:

301.463.443-91

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTOR

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: Banco Bradesco - 237

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5008

CONTA:

4879

8

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POTIRETAMA - CE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL HOLANDA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05098-9

CONTA: 000000004879-8

Nr. Autenticação

BRDESC0041220190500000000023705098000000004879168750 PAGO

B
121



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

577056509

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 23 17051 12 093000 - 0 Medidor 1375328 Poste 0000 C67N
Nome IVANEIDE FERNANDES CAMPOS
Endereço Postal ST RECANTO DOS BESERRAS 00000 - POT - POTIRETAMA
CEP 62990-000

End. da Unidade Consumidora ST RECANTO DOS BESERRAS 00000 - POTIRETAMA
RG / CPF / CNPJ
Classe 025622633-40 CGF

RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 10016 Leitura Anterior 9896 Constante 1 Consumo (kWh) 120 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fat. 120

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

3640113

VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,58

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES 120 0,42579
MULTA MORATORIA REF 03/2019 51,09
CORRECAO MONETARIA DO MES Ref. 03/2019 1,23
1,26

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/07/2019 Prev. Próxima Leitura 09/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS 006A-9EEF-83D2-FD5A-FA80-9EFA-41D2-CE3A

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

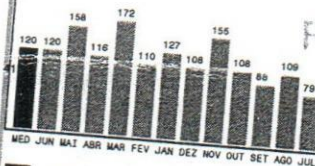
Energia 27,36
Transmissão 2,17
Distribuição 16,08
Encargos Setoriais 3,65
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,83
Total 51,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

BARRA DO FIGUEIRODO					
ABR/2019 - EUSD 19,44					
DICIPI - 0,00 P					
Padrão Individual Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual					
DIC (h)	10,58	0,00	0,00	2,69	0,00
FIC (uh)	7,59	0,00	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,68			2,69	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



RECEBEMOS

16 SET 2019

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

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

47 0 0

IVA ECEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 41
Consta desta fatura R\$ 1,83 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:
0,64% e COFINS: 2,98%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n.
10.637/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 3640113
Data de Emissão: 08/06/2019

Nº da Nota Fiscal: 577056509
Referência: JUN/2019

Total a Pagar (R\$): 53,58
Nº de Controle: 0003640113 00127 40402 60



B
121



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

577056509

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 23 17051 12 093000 - 0 Medidor 1375328 Poste 0000 C67N
Nome IVANEIDE FERNANDES CAMPOS
Endereço Postal ST RECANTO DOS BESERRAS 00000 - POT - POTIRETAMA
CEP 62990-000

End. da Unidade Consumidora ST RECANTO DOS BESERRAS 00000 - POTIRETAMA
RG / CPF / CNPJ
Classe 025622633-40 CGF

RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 10016 Leitura Anterior 9896 Constante 1 Consumo (kWh) 120 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fat. 120

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

3640113

VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,58

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES 120 0,42579
MULTA MORATORIA REF 03/2019 51,09
CORRECAO MONETARIA DO MES Ref. 03/2019 1,23
1,26

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/07/2019 Prev. Próxima Leitura 09/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS 006A-9EEF-83D2-FD5A-FA80-9EFA-41D2-CE3A

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

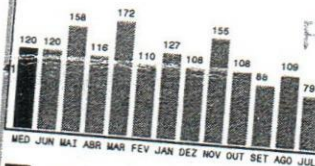
Energia 27,36
Transmissão 2,17
Distribuição 16,08
Encargos Setoriais 3,65
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,83
Total 51,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

BARRA DO FIGUEIRODO					
ABR/2019 - EUSD 19,44					
DICIPI - 0,00 P					
Padrão Individual Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual					
DIC (h)	10,58	0,00	0,00	2,69	0,00
FIC (uh)	7,59	0,00	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	5,68			2,69	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



RECEBEMOS

16 SET 2019

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

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

47 0 0

INX ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 41
Consta desta fatura R\$ 1,83 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:
0,64% e COFINS: 2,98%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n.
10.637/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 3640113
Data de Emissão: 08/06/2019

Nº da Nota Fiscal: 577056509
Referência: JUN/2019

Total a Pagar (R\$): 53,58
Nº de Controle: 0003640113 00127 40402 60





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SAMUEL MOLANDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.803.643 / 33 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vitima SAMUEL MOLANDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.803.643 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	SITIO MORRINHOS		Número S/N	Complemento
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	CASA
Estado	CE	CEP	62970-000	
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(85)999320656	(88)997359404

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE, 33 de SETEMBRO de 2019
Local e Data

16 SET 2019

Luan Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

Maria Carolina
Carreira
CRM



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SAMUEL MOLANDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.803.643 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vitima SAMUEL MOLANDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.803.643 / 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	SITIO MORRINHOS		Número S/N	Complemento
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	CASA
Estado	CE	CEP	62970-000	
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(85)999320656	(88)997359404

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE, 31 de SETEMBRO de 2019

Local e Data

Luana Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

Maria Garcia
Coordenadora
CIV



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SAMUEL MOLANDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.803.643 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vitima SAMUEL MOLANDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.803.643 / 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	SITIO MORRINHOS		Número S/N	Complemento
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	CASA
Estado	CE	CEP	62970-000	
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(85)999320656	(88)997359404

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE, 31 de SETEMBRO de 2019

Local e Data

Luana Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

Maria Garcia
Coordenadora
CIV

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SUZANA PATRÍCIA DE HOLANDA NEGREIROS,
RG nº 2002013017550 data de expedição 09/08/2017
Órgão SSPD5/CE portador do CPF nº 63473704334, com
domicílio na cidade de POTIRETAMA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AVENIDA PADRE NEGREIROS, nº S/N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SAMUEL HOLANDA COSTA, cujo o condutor era
MARIA NATHANVELLE SOUZA FREITAS.

Veículo: HONDA POP 350I
Modelo: 2036
Ano: 2036
Placa: PMP9625
Chassi: 9C2J003006235602
Data do Acidente: 16/08/2018
Local e Data: ALTO SANTO - CE, 27 DE AGOSTO DE 2018.

SUZANA PATRICIA DE H. NEGREIROS
Assinatura do Declarante

Maria Nathanvillle Souza Freitas
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Gacimide F. Nobre
Carteira de Serviços
CPF: 21.457.734-01-16



Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo CE



Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo CE



PREFEIRUTA MUNICIPAL DE POTIRETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UMS RAIMUNDO PAIVA DIÓGENES



DATA: 15/01/18 HORA: 14:20

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Samuel Belandier Costa
DATA DO NASCIMENTO: 14/01/03 IDADE: 15 PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: Rua ... BAIRRO: _____

TA	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW
----	----	------	------	------	----	----	---------

HDA/EX. FÍSICO:

ADOLESCENTE COM POSSÍVEL FRATURA, DUBO,
SEM FRATURA EM PUNTO (D) COM DESALINHADA
NA ARTICULAÇÃO + DOB. MODERADA
em direção anterior de modo a local; NUNCA
HIPÓTESE DIAG: Fratura em PUNTO (D).

[] ACIDENTE DE TRÂNSITO -> HOUVE COMPROVAÇÃO DO FATO POR PERÍCIA OU BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA POLÍCIA? [] SIM [] NÃO

CONDUTA

APRAZAMENTO

(1) A TRAUMATOLOGIA.

(2) VOLTARIN 2.º e 3.º JN. 1x10

[] OBSERVAÇÃO [] INTERNAMENTO [] CHEGOU EM ÓBITO [] TRANSFERIDO PARA _____ AS _____ h

ATO DECLARATÓRIO

RECEBEMOS

16 SET 2018

Maria ...
Coordenadora ...
Unidade ...

Samuel Holanda Costa

RECEITUÁRIO

Atestado médico

Ateto para os devidos fins foi, o
paciente Supra-citado, vítima de acidente
de trânsito em 16.01.18, tendo sofrido
fratura em punho direito, submetido a
RTT cirúrgico e utilização de fios de
Kirschner por 60 dias, o mesmo é portador
de sequelas permanentes e definidos que
se agravaram ao fim do tratamento,
apresentando edema, déficit de força,
limitação de movimento em punho, assim
se para funcional média (50%) do
MSP e punho direito, o mesmo encontra-se
de alta médica após 30 dias de fisioterapia
desde o dia 18.07.18. Orienta-se para
realização de exames para confirmação
das sequelas.

RECEBEMOS

16 SET 2019

Marcelo Guimarães F. Nobre
Coordenador de Serviços de
CRM: 21.487.735-1

cid: S62

792.2

Dr. João Fernandes Neto
Médico
CRM: 3290

56/08/19



PREFEIRUTA MUNICIPAL DE POTIRETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UMS RAIMUNDO PAIVA DIÓGENES



DATA: 16/01/18 HORA: 14:20

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Samuel Helton Costa

CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 14/01/87 IDADE: 15 PROFISSÃO: NATURALID.:

ENDEREÇO: 50 NECTAR BAIRRO:

PA	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW
----	----	------	------	------	----	----	---------

-DA/EX. FÍSICO:

ADOLESCENTE com lesões fraturas, D60,
da fratura em punho (2) com deformidade
na mão + dor moderada no local, fratura
em punho direita de mão.

HIPÓTESE DIAG:

fratura em punho (2).

ACIDENTE DE TRÂNSITO -> HOUVE COMPROVAÇÃO DO FATO POR PERÍCIA OU BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA POLÍCIA? ☐ SIM ☐ NÃO

CONDUITA	APRAZAMENTO
(1) A TRAUMATOLOGIA.	
(2) VOLTAR EM 20 dias.	

☐ OBSERVAÇÃO ☐ INTERNAMENTO ☐ CHEGOU EM ÓBITO ☐ TRANSFERIDO PARA _____ ÀS _____ h

3. 16/01/2018

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Cecília F. N.
Coordenadora de
CHP/21

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

2 - CNIS
232800-3
4 - CNIS
232800-3

Identificação do Paciente
NOME DO PACIENTE
SAMUEL HOLANDA COSTA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
00112037

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002796128603

8 - DATA DE NASCIMENTO
14/03/2002

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

101 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99631-3667

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
SAMUEL HOLANDA COSTA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99631-3667

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE
RUA PADRE NEGRILHO - 88 - PROX A AHMENOM - CENTRO
POTIRALMA

17 - CODIGO MUNICIPAL DE SAÚDE
231123
18 - UF
CE
19 - CEP
62.990-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RISCA DE COMPLICAÇÃO)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DETERMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
TRAUMATOLÓGICA URGÊNCIA

27 - C.N.S.

980016281237825

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)
VICTOR PONTES PARAHYBA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
18/01/2018

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 - CAPACIDADE DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - Nº DE
42 - Nº DA EMPREENHA
43 - Nº DA IMPLANTAÇÃO
44 - Nº DE
45 - Nº DE
46 - Nº DE
47 - Nº DE
48 - Nº DE
49 - Nº DE
50 - Nº DE
51 - Nº DE
52 - Nº DE
53 - Nº DE
54 - Nº DE
55 - Nº DE
56 - Nº DE
57 - Nº DE
58 - Nº DE
59 - Nº DE
60 - Nº DE
61 - Nº DE
62 - Nº DE
63 - Nº DE
64 - Nº DE
65 - Nº DE
66 - Nº DE
67 - Nº DE
68 - Nº DE
69 - Nº DE
70 - Nº DE
71 - Nº DE
72 - Nº DE
73 - Nº DE
74 - Nº DE
75 - Nº DE
76 - Nº DE
77 - Nº DE
78 - Nº DE
79 - Nº DE
80 - Nº DE
81 - Nº DE
82 - Nº DE
83 - Nº DE
84 - Nº DE
85 - Nº DE
86 - Nº DE
87 - Nº DE
88 - Nº DE
89 - Nº DE
90 - Nº DE
91 - Nº DE
92 - Nº DE
93 - Nº DE
94 - Nº DE
95 - Nº DE
96 - Nº DE
97 - Nº DE
98 - Nº DE
99 - Nº DE
100 - Nº DE

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - Nº DO ORGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO PRESTADA

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS, CNP, CNPJ, ETC.)

45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS, CNP, CNPJ, ETC.)

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SANTAS
CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1809231163 18/01/2018 11:36:12 **GUIA DE ADMISSÃO** () **GUIA DE ATENDIMENTO** () **TRAUMA/CIRURGICO-02.005.005**

Nome: **00112037 - SAMUEL HOLANDA COSTA** Nascimento: **14/03/2002 Id: 15 A 10 M 4 D 898002796128603** CNS: CPF:
Documento: **Identidade - 20083362511 - SSP/CE - 14/09/2012** Sexo: **M** Estado Civil: **Solteiro(a)** Raça/Cor: **Parda -** Escolaridade: Ocupação: **ESTUDANTE**
Endereço: **RUA - PADRE NEGREIRO - 00 - CENTRO - POTIRETAMA - CE** CEP: **62.990-000** Complemento: **PROX A AHMENOM**
Naturalidade: **ALTO SANTO - CE** Contatos: **(88) 99631-3667** Pai: **FRANCISCO BENTO COSTA** SisProNatal:
Mãe: **MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA** Validade: Autorização:
Plano: Convênio: **SUS - SUS** Carteira: Especialidade: **TRAUMA/ORTOPEDIA** Profissional Solicitante: **VICTOR PONTES PARAHYBA**
Caráter de Atendimento: **Urgência** Procedência: Procedimento Solicitado: Perm. Máxima (dias):

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
Convênio Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar:
Data da Saída: **20/01/2018** Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

OPERATÓRIO

PRINCIPAL

SECUNDARIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Va do pulso

RECEBEMOS

16 SET 2018

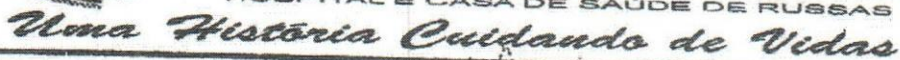
Dr. Victor Pontes Parahyba
Médico
CREMEC 110.800

Médico Responsável

Maria Socorro Holanda Negreiros Costa
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Samuel Holanda Costa

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

Maria Conceição F. N. de
 Costa
 Class: 29

**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS****BOLETIM DE OPERAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Samuel Holanda CostaDATA: 19.1.01 120.18LEITO: 21.5**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**Pré op**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:****CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO PULSO RESP. P.A. GERAIS

ANESTESIA:6400 VENOX**OPERAÇÃO:**100 cc de p/b**CLASSIFICAÇÃO:**

INÍCIO: FIM:

ACHADOS (DESCREVER OS ORGÃOS EXPLORADOS E
REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)**O QUE FOI FEITO:**1) Pré op2) 100 cc de p/b3) 100 cc de p/b4) Pré op5) 100 cc de p/b

RECEBEMOS

Dr. Victor Torres P. Araújo
Médico Cirurgião
CRM 10.21.481

16 SET 2019

CONTAGEM COMPRESSAS:Dr. Aluisio Figueiredo Filho
Médico Clínico
CRM 2295

Operador

Auxiliar

Anestesista



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÔRTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UMS RAIMUNDO AIVA DIÓGENES



DATA: 27/09/18 HORA: _____

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Samuel H. Costa CNS: _____
DATADO NASCIMENTO: 19/03/1978 IDADE: 40 ANOS PROFISSÃO: _____ NATURALID.: _____
ENDEREÇO: St. Raimundo BAIRRO: _____

PA	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW
HDA/EX. FÍSICO: <u>Apresente em tratamento de ruptura</u> <u>em punho (D) necessitando de imobilização</u> <u>em punho (D) necessitando de imobilização</u>							
HIPÓTESE DIAG: <u>fratura em punho (D) com TTT</u>							

[] ACIDENTE DE TRÂNSITO -> HOUVE COMPROVAÇÃO DO FATO POR PERÍCIA OU BOLETIM DE Ocorrência DA POLÍCIA? [] SIM [] NÃO

CONDUTA	APRAZAMENTO
<u>Solicitação Rx da mão</u>	

[] OBSERVAÇÃO [] INTERNAMENTO [] CHEGOU EM ÓBITO [] TRANSFERIDO PARA _____ AS _____ h

RECEBEMOS

16 SET 2018

Dr. Carlos Eduardo F. Moreira
Coordenador de Clínica de Emergência
CRM 15.21.487 (ROR) 18/09/18

Dr. Moisés de Almeida
CRM 15.21.487 (ROR) 18/09/18



ATESTADO

Atesto que, Samuel Helvécio

Costa

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

30 (trinta)

dias, apartir desta data 22/02/18, por

Furto de joelho

RECEBEMOS

Dr. Marcos Paranhos
Ortopedia & Traumatologia
CRM-SP 10501

16 SET 2019

Dr. Carlos Roberto F. Nogueira
Clínica de Cirurgia Geral
CRM-SP 21.487.7.00001-10

MÉDICO - CRM
www.hcsrussas.com.br

Maria Guacimara F. M.
 CONTRATAÇÃO DE
 C/10/21/11

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO 99099475320 DATA DE EMISSÃO 5/11/1999
 NOME FRANCISCO BENTO COSTA
 FILIAÇÃO MOISES BENTO DA COSTA E LUIZA MARIA DA COSTA
 NATURALIDADE PORTO RETAMA-CE
 DOB DO REGISTRO CERT. CASAM. 452 L. B. 2 F.
 CPF 100.000.000-00
 PORTA-VALISE
 LITEN 7116 DE 29/08/83

REPÚBLICA REPÚBLICA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 INE TITULO DE IDENTIFICAÇÃO
 FRANCISCO BENTO COSTA
 ASSINATURA DO TITULAR
 CAPTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA
 FRANCISCO BENTO COSTA
 VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em : 03/12/99
 Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e obrigatório por todos os atos, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal
 CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 Nome FRANCISCO BENTO COSTA
 Nº de Inscrição 90146343-01
 Data do Nascimento 13/10/63
 10-3749641-01

Dados da Reclamação**Protocolo:**

2393380/2019

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

11/09/2019 09:35:36

Dados do reclamante**Segurado:**

SAMUEL HOLANDA COSTA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

097.803.643-31

Procurador:

LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ:

044.329.533-65

Formas de contato**E-mail:**

luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

Celular:

(88) 99735-9404

Endereço:

Rua Rosa Francisca, 297, apartamento

Bairro:

CENTRO

CEP:

62.970-000

Cidade:

ALTO SANTO

Dados da denúncia**Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta registrar denuncia contra a seguradora líder, responsável pelo repasse das indenizações do seguro DPVAT, ocorre que esta seguradora se nega a realizar pericia medica para avaliar as sequelas de meu cliente atestando que o mesmo não teve lesão alguma oriunda de seu acidente ocorrido em 16/01/2018, o sinistro em que a vitima é beneficiario é 3180404092, hoje meu cliente se queixa de conviver com sequelas irreversíveis em seu membro afetado. Informo lhes também que foram enviados junto ao processo toda documentação possível e necessária para a comprovação das sequelas, informando tratamento realizado e definindo as sequelas, e tendo em vista que após alta medica hospitalar extinguisse os retornos médicos gratuitos, e a unica forma de produzir novas documentações medicas seriam através de consultas particulares e que isso acarretaria gastos hoje inconvenientes para meu cliente, porem esta seguradora continua descumprindo a TAC acordada em 2012 onde a mesma se compromete a realizar pericia medica em todas as vitimas de invalidez permanente para avaliar o grau da lesão ou a falta da mesma, certo de seu pronto atendimento e de que farão algo para que esta negativa injusta e sem avaliação pericial seja desfeita vós agradeço desde já.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

RECEBEMOS

16 SET 2019

Aviso de Sinistro F. N. N. N.
CNPJ 3180404092
CPF 097.803.643-31**Documentos**

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3180404092

43016463 - 3190595306 - Mensagem (HTML)

Arquivo Mensagem Inserir Opções Formatar Texto Revisão O que você deseja fazer...

Colar

Área de Transferência

Calibri (T) 11 A⁺ A⁻ B I S abx A

Texto Básico

Catálogo de Endereços Verificar Nomes

Anexar Arquivo Anexar Item Assinatura

Acompanhamento Alta Prioridade Baixa Prioridade

Marcas

Não podemos mostrar as Dicas de Email agora.

Para...

Enviar

Cc...

Assunto 43016463 - 3190595306

Processo movimentado para excluir representante legal.
Dados bancários são do menor/beneficiário |

Monica Teixeira
Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
Monica.teixeira@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4049

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia mais **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595306 **Cidade:** Alto Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL HOLANDA COSTA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: relatório pág. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 07 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO BENTO COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG: 99099175320, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 901.463.443 - 93, residente no(a): SÍTIO REBREJO
nº: 15 bairro: ZONA RURAL, município: POTIRETAMA / CE

OUTORGADO:

Nome: Luan Magalhães de Oliveira, brasileiro, estado civil: Solteiro,
Profissão: Desempregado, portador(a) do RG: 2007009071235, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 044.329.533.65, residente no(a): Sítio Morrinhos, nº: S/N,
bairro: Zona Rural, município: Alto Santo / CE

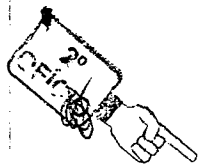
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar – me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima SAMUEL MOLANDA COSTA.

Local e data: ALTO SANTO - CE 27 DE AGOSTO DE 2018

RECEBEMOS

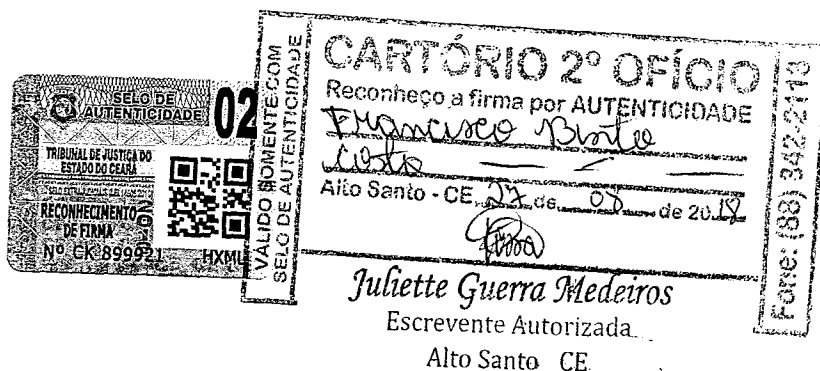
3 J AGO 2018

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CPF: 024.487.733/0001-06



Francisco BENTO COSTA

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO BENTO COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASA DO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 99099175320, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 903463443-91, residente no(a) SITIO RECANTO DOS BASERRAS
nº 00, bairro: POTIRETAMA, município: POTIRETAMA / CE

OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SITIO MORRINHOS
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima SAMUEL HOLANDA COSTA
CPF 037.803.643-31 data do acidente: 16/03/2018 Cobertura: INVALIDA

Local e data: ALTO SANTO-CE 27 MAIO 2019

Francisco Bento Costa

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE
Francisco Bento Costa
Alto Santo - CE, 27 de 05 de 2019

Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo CE

Fone: (88) 342-2113

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: RECEBEMOS
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366663/19

Vítima: SAMUEL HOLANDA COSTA

Data do acidente: 16/01/2018

CPF: 097.803.643-31

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAMUEL HOLANDA COSTA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

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

FRANCISCO BENTO COSTA : 901.463.443-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

SAMUEL HOLANDA COSTA : 097.803.643-31

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: 21/10/2019
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA
CPF: 044.329.533-65

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 782.049.173-68

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE