

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

Rio de Janeiro, 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**.

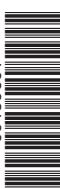
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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

Rio de Janeiro, 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: luanmaqalhaesdeoliveira@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	19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR
18 - CPF do Representante Legal: 301.463.443-91	

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco BRADESCO - 237**

AGÊNCIA: **5098** CONTA: **48 79 8**

(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora 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 - 1º | Nome: **Fábio Holanda Costa**
CPF: **097.803.643-31**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **POTIRETAMA - CE** **11 SET 2010 2010**

Samuel Holanda Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Bento Costa
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

luanmaqalhaesdeoliveira
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: 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: luanmaqalhaesdeoliveira@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	19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR
18 - CPF do Representante Legal: 301.463.443-91	

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: Banco BRADESCO - 237
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CONTA: 48 79
(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 - 1º | Nome: **Francisco Bento Costa**
CPF: **301.463.443-91**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **POTIRETAMA - CE** **11 SET 2010** **2010**

Samuel Holanda Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Bento Costa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA 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**

Maria Cachimba F. Noturra

Comunidade UF: CE Eirelli

CPF: 21.457.738/0001-06

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**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA ELISGARDENIA COSTA DE SOUZA / FRANCISCO BATISTA DE FREITAS**

Endereço: **RUA AVENIDA MARINETE ANSELMO , 7**

Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **ALTO SANTO/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99929-3398**

Histórico

Afirma à 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 seguiram 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 BRANDÃO EMILIANO - MAT.: 30110315

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Clotilde Soez Farias*

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALINE DE CASTRO MOREIRA - MAT.: 30080513

RECEBEMOS

16 SET 2018

*Maria Clotilde Soez F. Moreira
Comendadeira da Senhora Maria Elisa
CNPJ:21.487.733/0001-15*

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: luanmaqalhaesdeoliveira@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	19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR
18 - CPF do Representante Legal: 301.463.443-91	

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
(Informar o dígito se existir)		Nome do BANCO: Banco BRADESCO - 237
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CONTA: 48 79
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: **Francisco Bento Costa**
CPF: **301.463.443-91**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **POTIRETAMA - CE** **11 SET 2010** **2010**

Samuel Holanda Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Bento Costa

43 - Assinatura do Procurador (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: 00000004879-8

Nr. Autenticação

BRADESCO4122019050000000002370509800000004879168750 PAGO

B

121



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
DESCRICAÇÃO DA CONTA	06/06/19 Quantidade 9640618 Tarifa 0,42579 Valor (R\$) 51,09

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATÓRIA REF 03/2019

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES Ref. 03/2019

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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

577056509

A Taxa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei N° 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 62299-000

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

Classe 025622633-40 CGF

RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

0,00 0,00 0,00 0,00

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

03/07/2019 09/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS

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

ISENTO COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	27,36
Transmissão	2,17
Distribuição	16,08
Encargos Setoriais	3,45
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	1,83
Total	51,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	BARRA DO FIGUEIREDO		
Mês	ABR/2019 - EUSD 19,44	Padrão Individual	Apuração Individual
DIC (h)	10,58	0,00	2,69
FIC (uh)	7,59	0,00	1,00
DMIC (h)	5,88	0,00	0,00
		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)

17 0 0 100
IN A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PORTALIDADE 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 0,64% e COFINS: 2,96%. [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

JUN/2019Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	3640113
VENCIMENTO	16/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,58
DESCRICAÇÃO DA CONTA	06/06/19 Quantidade 9640618 Tarifa 0,42579 Valor (R\$) 51,09

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATÓRIA REF 03/2019

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES Ref. 03/2019

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
577056509
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei N° 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 62299-000

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

Classe 025622633-40 CGF

RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

DATAS DE LEITURA

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS 9EEF.83D2.FD5A.FA80.9EFA.41D2.CE3A

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

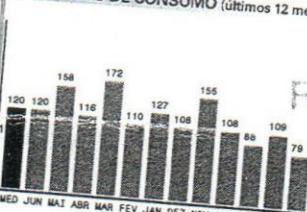
ISENTO COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	27,36
Transmissão	2,17
Distribuição	16,08
Encargos Setoriais	3,45
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	1,83
Total	51,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	BARRA DO FIGUEIREDO
Mês	ABR/2019 - EUSD 19,44
	Padrão individual
DIC (h)	10,58 0,00 0,00 2,69 0,00 0,00
FIC (uh)	7,59 0,00 0,00 1,00 0,00 0,00
DMIC (h)	5,88 0,00 0,00 1,00 0,00 0,00
	Apuração Individual
Mensal	Mensal
Trim.	Trim.
Anual	Anual

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)

17 0 0 100
 IN A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PORTALIDADE 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 0,64% e COFINS: 2,96%. [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



6954323

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
sempre que entrar em contato conosco.

Este boleto de energia elétrica
foi criado pela Lei N° 10.438
de 26 de Junho de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06 105 846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 6 | SÉRIE B-1 | Nº 570390783

Rota 32 25011 17 163500 - 0 Data de Emissão 16/04/2019
Nome LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA
End. Postal ST MORNINHOS 00000
ALTO SANTO - ALTO SANTO - 62970000
Medidor 24515724 Poste 0000 0000
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 044329533-65 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Prox. Leitura	Conjunto	INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019	EMT 001 FIGUEIRÓV	Veja a legenda no verso desta conta.

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
ISENTO				Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual	
				DIC 10,55 21,17 43,34 0,00 0,00 0,00	EUSO 0,00
				FIC 7,59 15,19 30,39 0,00 0,00 0,00	
				CMIC 5,63 0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fret.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP 1770	1770	1.00		0,00	0,00	0,00	10,88

16/04/19 16/05/19 20,14 00 10,88

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	10,88
SALDO PARA PAGAMENTO FUTJRC	-43,47
COB. SALDO FATTURA ANTERIOR	32,59

VENCIMENTO 16/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Previsão	10,88
geração	10,88
tributos	0,00
encargos faturais	0,00
tributos (ICMS, FIBRA/FINS, ...)	0,00
TOTAL	10,88

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

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

11,71 0,00

RECEBEMOS

16 SET 2019

CONTAS EM AFRASO

	DEBITOS ANTERIORES
H 100 DE DEBITO VENCIDO	115,00
Informo que existem débitos vencidos em julgados legais ate esta	87.285
data, no valor de R\$ 51,00. Seu fornecimento de energia poderá ser	16,79
suspensos em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não	21,03
paga.	19,48

PÁGINA DE FATTURA

Consta neste faturamento R\$ 0,00 referente a 3,00 e 2019,00 (3010,00) e 2019,10 (3010,00).

Endereço onde é aberto, sem aviso prévio, o faturamento de energia a ser reembolsado R\$ 0,00
consumidor informado na fatura.

Nº do Cliente: 6954323 Referência: Abr/2019
Data de Emissão: 16/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00



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 nº9.613/98.

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 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima 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	CE	CASA
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD) (85)999320656	Telefone celular (DDD) (88)997359404
			RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE 31 de SETEMBRO de 2019 16 SFT 2019

Local e Data

Maria Carolina de Oliveira
Correia
CIA

Luan Magalhães de Oliveira

Assinatura do Declarante



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 nº9.613/98.

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 INVALIDEZ, da Vítima 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 CASA	
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	Estado	CE	CEP 62970-000
Email	<u>LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR</u>			Telefone comercial(DDD) <u>(85)999320656</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88)997359404</u>	

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE , 31 de SETEMBRO de 2019 16 SET 2019
Local e Data

Maria Gacimai
Corretores
CIA

Luan Magalhães de Oliveira

Assinatura do Declarante



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 nº9.613/98.

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 INVALIDEZ da Vítima 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 CASA	
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	Estado	CE	CEP 62970-000
Email	<u>LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR</u>			Telefone comercial(DDD) <u>(85)999320656</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88)997359404</u>	

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE , 31 de SETEMBRO de 2019 16 SET 2019
Local e Data

Maria Gacimai
Corretores
CIA

Luan Magalhães de Oliveira

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SUZANA PATRÍCIA DE MOLANDA NEGREIROS,
RG nº 2002019017550 data de expedição 09/08/2017,
Órgão SSPDS/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 3/nr.,
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 MOLANDA COSTA, cujo o condutor era
MARIA NATHANIELLE SOUZA FREITAS.

Veículo: HONDA POP 110 I

Modelo: 2036

Ano: 2016

Placa: PMP9625

Chassi: 3C2E003006R235602

Data do Acidente: 16/08/2018

Local e Data: ALTO SANTO - CE, 27 DE AGOSTO DE 2018.

SUZANA PATRÍCIA DE MOLANDA NEGREIROS

Assinatura do Declarante

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

16 SET 2019

Maria Gacimunda F. Neto
Carteira de São Paulo Eletro
CPF: J21.457.738/001-18

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE
Suzana Patrícia de Molanda Negreiros
Alto Santo - CE, 27 de 08 de 2018

Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo - CE

VALIDO COM PROVIMENTO DE AUTENTICIDADE
02

VALIDO COM PROVIMENTO DE AUTENTICIDADE
02

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE
Maria Nathanielle Souza Freitas
Alto Santo - CE, 27 de 08 de 2018

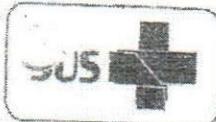
Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo - CE

VALIDO COM PROVIMENTO DE AUTENTICIDADE
02

VALIDO COM PROVIMENTO DE AUTENTICIDADE
02



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



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

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Edson da Costa

CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 14/11/1951 IDADE: 67 PROFISSÃO: _____

NATURALID.: _____

ENDEREÇO: Rua 1000

BAIRRO

TZ	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW

DOA/EX. FÍSICO:

Adolescente com fissura frontal, óculo,
com fissura em ponto @ car descomumado
na testa + dor nas costas
com sangue escuro de mola no local; noca

HIPÓTESE DIAG: Injuria em ponto (D)

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

CONDUTA	APRAZAMENTO
<u>1) A traumatóloga.</u>	
<u>2) Volta em 24hs.</u>	

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

AS _____ h

2) Volta em 24hs.

RECEBEMOS

16 SET 2010

Maria Fernanda = 26/07/1982
Cachorro = 20/07/1982
Cachorro = 20/07/1982

A TO DE CHARATÓRIO

Samuel Holanda Costa

RECEITUÁRIO A Testado médico

A Testo para os devidos fins fez, o paciente Supra - citado, vítima de acidente de trânsito em 16.01.18, tendo sofrido fratura em punho direito, submetido a FST cirúrgico q utilização de fixos de Kirschner por 60 dias, o mesmo é portador de sequelas permanentes e definidas que se apresentam ao fim do tratamento, apresentando edema, deficit de força, limitação de movimento em punho, evitando para funcionar media (50%) do MSP e punho direito, o mesmo encontra-se em alta médica. Apesar de 30 Sessões de fisioterapia desde o dia 18.07.18. Oriento a realização prudencial para confirmar os sequelas.

RECEBEMOS

16 SET 2018

Maria Gerinomide F. Neto
Coronel da Serra nro. 611
CRM: 21.487.705/0001-14

Eduardo Fernandes Neto
Médico
CRM: 3290

Cid: 562

792.2

16/08/19



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



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

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Silvana de Oliveira Costa CNS: _____
DATA DO NASCIMENTO: 14/07/1973 IDADE: 45 PROFISSÃO: _____ NATURALID.: _____
ENDERECO: Rua 14 de Julho, 1000 BAIRRO: _____

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

-DA/EX. FÍSICO:

Anoressa com fissura frontal, de 60 cm, fissura em ponto @ set defensoria 22º, fa recto t/ dor Maxima e sensação de morte na base da língua, pressão

HIPÓTESE DIAG: Fratura da crista (D)

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

CONDUTA	APRAZAMENTO
<u>(1) A fragmentologia.</u>	
<u>(2) Volta em 24h IM. P/M</u>	

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

agm 03.01.2018

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Gacimunda F. N.
Comissária de ...
CNPJ: 21.***-***-**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
2 - CNIS
232800-3
3 - RUA DIRETÓRIO FERREIRA XICUTANIL
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

4 - CNIS
232800-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
SAMUEL HOLANDA COSTA

6 - N° DO IDENTIFICADOR
00112037

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002796126603

8 - DATA DE NASCIMENTO
14/03/2002

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RACA / COR.
Parda

11 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99631-3667

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99631-3667

13 - COD. ICD-10 MUNICIPAL DE FONTE: CNA
231123 CE 62.990-000

14 - NOME DO RESPONSAVEL
MARIA SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA

15 - NOME DO RESPONSAVEL
SAMUEL HOLANDA COSTA

16 - ENDERECO: RUA DE SANTOS
RUA PADRE NEGRILHO - 00 - PROX A AHMENOM - CENTRO
POTIRAMA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pz de puxo

Needed d arya

CEBEMOS

16 SET 2019

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (AGRAVE, SINTOMAS, EXAMES)

Onur + Puxo

5520

CID-10-CM-2010 E

CNA-121-007, CNA-121-008, CNA-121-009

23 - DETERMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Jso aryan

71 - CID-10-CM-2010

72 - CID-10-SECUNDARIO

CID-ICD-9-CM-2010 E

CNA-121-007, CNA-121-008, CNA-121-009

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108020407

26 - CÓDIGO DA SEGURO-SENA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DA MORTAL

29 - NOME DA PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE

30 - CÓDIGO DA MORTAL

31 - NOME DA EMPRESA

32 - N° DO DOCUMENTO RELACIONADO AO PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSISTENTE

33 - NOME DA SOLICITACAO

34 - DATA DA SOLICITACAO

35 - ASSINATURA E CARIMBO INP. DO REGISTRO DO CNS - H

18/01/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - N° DO BILHETE

41 - CPRE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - N° DO EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - LIGA

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - NOME DO ORGÃO / MISSÃO

46 - NOME DA AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DA AUTORIZAÇÃO

48 - N° DO DOCUMENTO (CNS, CNA, CNA-121-007, CNA-121-008, CNA-121-009)

49 - NOME DO ORGÃO / MISSÃO

50 - NOME DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (INP. DO CRÉDITO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO ORGÃO / MISSÃO

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

1800231163 18/01/2018 11:36:12 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRÚRGICO-02.005.005

0012037 - SAMUEL HOLANDA COSTA	Sexo M	Estado Civil Solteiro(a)	Nascimento 14/03/2002 Id: 15 A 10 M 4 D 898002796128603	CNS	CPF
Documento Identidade - 20083362511 - SSP/CE - 14/09/2012	Raça/Cor Parda -	Escolaridade	Ocupação ESTUDANTE	CEP 62.990-000	Complemento PROX A AHMENOM
Endereço RUA - PADRE NEGREIRO - 00 - CENTRO - POTIRETAMA - CE	Contatos (88) 99631-3667	Validade	Autorização	SisPro-Natal	
Naturalidade ALTO SANTO - CE	Pai:	Especialidade	Profissional Solicitante	VICTOR PONTES PARAHYBA	
Mae:	FRANCISCO BENTO COSTA	TRAUMA/ORTOPEDIA	Perm. Máxima (dias)		
Maria SOCORRO HOLANDA NEGREIROS COSTA	Carteira	Procedimento Solicitado			
Passeio Convênio					
SUS - SUS					
Endereço de Atendimento	Procedência				
Urgência					
CID Principal					

ANOTATIÉES GERAIS

Parecer () Exames-Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio Autorizado Até: _____ / _____ / _____

Prorrogado Até: _____ / _____ / _____

Quais () Especificar:

Data da Saída: 20/01/2018 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Íbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

OPERAÇÃO

PRINCIPAL

SE CUNDÍARIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

RECEBEMOS

16 SET 2019

2010 Cachimbo F. Nobre
Clínica do Ceará Ltda.
CRMJ 21.447 Z/CE/CRN/CE

Médico Responsável

Dr. Victor Pontes Parahyba
CRMES 10.852

Diretor Responsável

Maria Socorro Holanda Negreiros Costa

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Samuel Holanda Costa

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
		18/01/18 SA do pach
		19/01/18 Subido c eyv
		RECEBEMOS 16 SET 2018 Maria Cecília F. Neto Coronel da Comarca Est. CIA 129 4877
		<i>[Handwritten signatures and initials over the bottom right corner]</i>



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Samuel Holanda Pecina

DATA: 19/1/01 / 120/18

LEITO: 21-S

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Fracte pubis

O QUE FOI FEITO:

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

- 1) Fratura
2) retoque de pubis
3) Ligar cor. Oftal.
4) Rins
5) auto fálico

RECEBEMOS

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:

Geral venosa

OPERAÇÃO:

to cirúrgico Fracte pubis

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: _____ FIM: _____

ACHADOS (DESCREVER OS ORGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

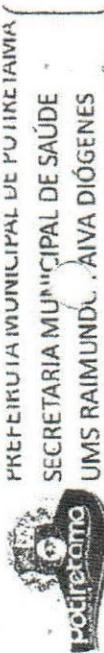
CONTAGEM COMPRESSAS:

10 SET 2010
Dr. Aluísio Figueiredo Filho
Médico Clínico - CRM 2235

Operador

Auxiliar

Anestesista



PREFEITURA MUNICIPAL DE PUITE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UMS RAIMUNDI ALVA DIÓGENES



DATA: 04/09/18 HORA: _____
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: Sandá M. Costa IDADE: 16 PROFISSÃO: _____
DATADO NASCIMENTO: 1998 NATURALID: _____
ENDERECO: Setor Bela Vista BAIRRO: _____

PA	DX	PESO	TEMP	SPO2	FC	FR	GLASGOW

HDA/EX. FÍSICO:

Anos 16 com tratamento de hanseníase 2º nos pés e 2º de olho. Ponto ⑥ pressionado no nariz e ao tocar na orelha do lado esquerdo.

HIPÓTESE DIAG: *hanseníase tipo Penitente ⑥ com TTB*

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

CONDUTA	APRAZAMENTO
<i>Solicitado Rx da Negar</i>	

OBSERVAÇÃO [] INTERNAMENTO [] CHEGOU EM ÓBITO [] TRANSFERIDO PARA _____
*Amotim de Morato CO 14678
CRM - RN 1325*

C

16 SET 2018
RECEBEMOS
16 SET 2018
J.21.487.730-11



ATESTADO

Atesto que,

Carla

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

30 (trinta)

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

Falta de janela

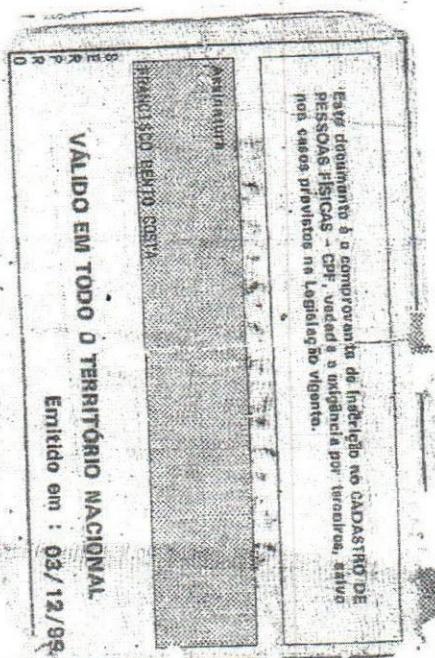
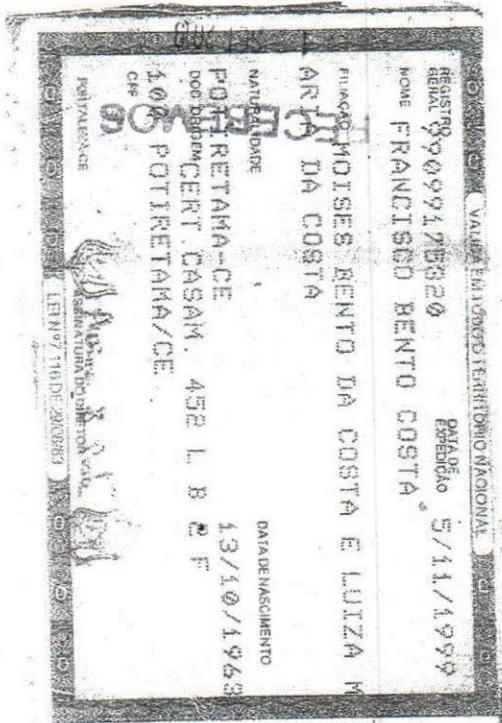
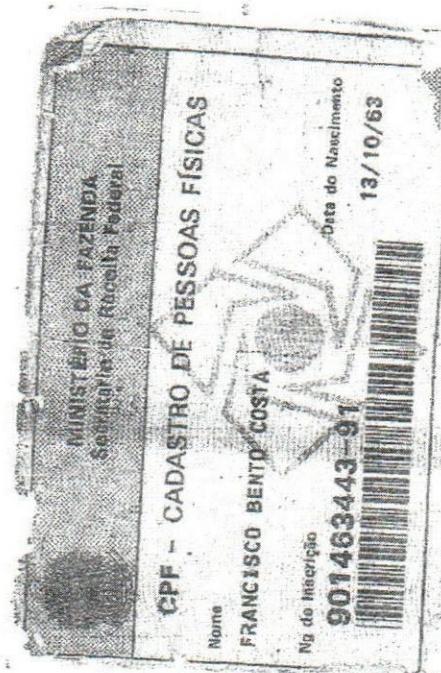
RECEBEMOS

Dr. Wilson Paranhos
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 10501

16 SET 2019

0102012 Cachimboide F. Abertura
Comissura da Comissura Esq.
CRM J.21.447.7.00000110

MÉDICO - CRM
www.hcsrussas.com.br



*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.

RECEBEMOS16 SET 2019**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3180404092

16/09/2019
Característica F. Número
Cadastrado na Susep
044.329.533-65
097.803.643-31

43016463 - 3190595306 - Mensagem (HTML)

Não podemos mostrar as Dicas de Email agora.

Para...
Cc...
Assunto 43016463 - 3190595306

Envir

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


www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Ler mais sobre o que é o Segurado Líder no rodapé

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

Valorização 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

OUTORANTE:

Nome: FRANCISCO BENTO COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG: 990 99175320, órgão expedidor: SSP-CIE
e do CPF: 903.463.443 - 93, residente no(a): SITIO REARRO
nº: 15 bairro: ZONA RURAL, município: POTIRETAMA / CE

OUTORADO:

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): Sitio Morrinhos, nº: S/N
bairro: Zona Rural, município: Alto Santo / CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador(a) 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

30 AGO 2018

Maria Gacineide F. Nobre
Secretaria de Seguros Eireli
22-0121-427-736/0001-06

Francisco Bento Costa

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Francisco Bento

Alto Santo - CE, 27 de 08 de 2018

Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada

Fone: (88) 342-2113

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO BENTO COSTA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 99099575320, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 303463443-91, residente no(a) SITIO RECANTO DOS BARRAIS
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 MOLANIA COSTA
CPF 097.803.643-33 data do acidente: 16/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: ALTO SANTO - CE 27. maio 2019

Francisco Bento Costa

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



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) 3422-2113

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: _____

16 SET 2019

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

CPF: 097.803.643-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/01/2018

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE