

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197631/20

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

CPF: 753.012.703-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE : 753.012.703-97

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: 15/07/2020
Nome: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE
CPF: 753.012.703-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250722 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA.
FRATURA CAVALGADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 RESIDUAL DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: **@P.4**

DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.4 DRº DARIANA MACIEL CRM 19012 DATA: 14/07/2020.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250722 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA.
FRATURA CAVALGADA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 RESIDUAL DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIENANTE E DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: **@P.4**

DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.4 DRº DARIANA MACIEL CRM 19012 DATA: 14/07/2020.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197631/20

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

CPF: 753.012.703-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2020

Titular do CPF: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE : 753.012.703-97

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: 15/07/2020
Nome: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE
CPF: 753.012.703-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04291

CONTA: 000000014296-8

Autenticação:

2D033B04A9907FD396EC61F25AC0898E5BF50E4C7C7449E9BBC709C410C70951

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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

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, contados 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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

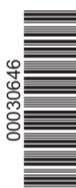
Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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



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, 08 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250722

Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200250722 **Vítima: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE**

Data do Acidente: 31/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 341

Agência: 000004291

Conta: 0000014296-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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: 4 - Nome completo da vítima:
753.012.703-97. PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE** 6 - CPF: **753.012.703-97**
 7 - Profissão: **GARSON** 8 - Endereço: **RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO** 9 - Número: **114** 10 - Complemento: **TERREO**
 11 - Bairro: **MONTE CASTELO** 12 - Cidade: **TAMBORIL** 13 - Estado: **CEARÁ** 14 - CEP: **63.750-000**
 15 - E-mail: **edmisonkarly@yahoo.com.br** 16 - Tel.(DDD): **(88) 99291-1706**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0674 CONTA: 4524 6	(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.

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.

MORTE

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? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <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: 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma 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: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAMBORIL-CE, 10 DE JULHO DE 2020**

+ PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA
Impresso nº 2020405713



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 475 - 627 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/07/2020 11:02:13**
Data / Hora da Ocorrência: **31/05/2020 16:44:00**
Endereço da Ocorrência: **R DO ESTÁDIO, MONTE CASTELO - TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO HOSPITAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE**
Nascimento: **01/04/1977** CPF: **753.012.703-97**
RG: **303064196** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA DE SOUZA ANDRADE**
ANTONIO DE MATOS ANDRADE
Endereço: **RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO**
Bairro: **SÃO JOSÉ**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVY3253** Uf: **CE** Município: **MONSENHOR TABOSA** Chassi: **9C2JC2500XR153289** Renavam: **718205022** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1999** Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**
Proprietário: **ANTONIO DE MATOS ANDRADE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A VÍTIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, QUANDO EM DADO MOMENTO, AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLA, O CONDUTOR CITADO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, OCASIÃO EM QUE O MESMO CAIU AO SOLO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPulares, OS QUAIS A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL-CE; QUE A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL-CE; QUE A VÍTIMA CONTRAIU ALGUMAS LESÕES, COMO CONSTA NO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Aderson de Oliveira Alves
Escrivão de Polícia Civil
ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Cesar de Souza Andrade.

VISTO DO DELEGADO(A) :

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

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: 4 - Nome completo da vítima:
753.012.703-97. PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE** 6 - CPF: **753.012.703-97**
 7 - Profissão: **GARSON** 8 - Endereço: **RUA FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO** 9 - Número: **114** 10 - Complemento: **TERREO**
 11 - Bairro: **MONTE CASTELO** 12 - Cidade: **TAMBORIL** 13 - Estado: **CEARÁ** 14 - CEP: **63.750-000**
 15 - E-mail: **ednilsonkatzry@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(88) 99291-1706**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0674 CONTA: 4524 6	(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

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve irmãos?

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.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma 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: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TAMBORIL-CE, 10 DE JULHO DE 2020**

+ Paulo Cesar de Souza Andrade

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

Nº de Cliente:

9847475

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

A Enel Sócia da Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 064276089

Rota TL013U03 - 35215
Nome ANTONIO DE MATOS ANDRADE

Referência 05/2020

Endereço RU FRANCISCO RODRIGUES SEGUNDO, 00114 - 114, SAO
JOSE, 63750-000, TAMBORIL

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifaria B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 20/05/2020
Medidor 5085807-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

33A0835CA0F3F8FD560E36F54EA5919E

DATAS DE LEITURA

Anterior 08/04/2020 Atual 20/05/2020 Próxima prevista 19/06/2020



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	7.142	7.142	1,00	00	00	00	0,55267	16,58

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	3,39
CJSTO DE DISPONIBILIDADE	-	16,58
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	39,52

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,58	0,77	0,13
COFINS	16,58	3,53	0,58

VENCIMENTO 10/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 59,49
CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 100

0,00 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE Periodos: Band. Tarif.: Verde : 19/04 - 20/05

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Obs: Sem documentos N°: 18

Nº: 16:44 DATA: 31/05/2020

Nº SUS:

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: paulo evan dosua de Andrade IDADE: 19 anosNº DO DOCUMENTO: ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1/ CARTÓRIO: NATURALIDADE: mnm. Tamboril PROFISSÃO: Barbeiro DATA DO NASC: 01/04/1978EST. CIVIL: Anorizado SEXO: M TELEFONE: ESCOLARIDADE: RELIGIÃO: RACA/COR: ENDERECO: vilinhaFELAÇÃO: Antônio Temutes
maria de Fátima

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA ATUAL: Painel no ouvido direito desapareceu recentementeDIAGNÓSTICO: O MUNDO SOUVE PARCIALMENTE OUVINDO; SENSIBILIDADECONDUTA: MULTIPLES RECOLHIMENTOS SEM RELIEVE; ALÉM DAEXAMES SOLICITADOS: OTOSCOPÍA EM OUVIDO DIREITO; SNOUS AUSCULTA

PA 150X120 CM ACESSO VIA OZOCHE NÃO POSSIBILIZOU SUA EXAMINACAO

TEMP: 38.5°C PESO: 60Kg FÍSICO: Dr. Hila Melo Sales
MÉDICO
CREMEC 16.940SPO²: 93%. FC: 105 bpm

Pressão 140/110

Socorro TC em casa vencido.
por TC E MODIFICADO /6000.Dr. Hila Melo Sales
MÉDICO
CREMEC 16.940



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

RELATÓRIO DE ALTA



NOME: PAULO CESAR DE SOUZA ANDRADE		IDADE: 43 Anos	
Nº PRONTUÁRIO: 985346	ENF: MASC 2	LEITO: LEITO 2-10 EMG.ADT MASC 2	CLÍNICA: NEUROLOGIA MEDICA
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 03/06/20 À 04/06/2020			

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

#HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO 2 DIAS ANTES DA INTERNAÇÃO, EVOLUI COM CEFALÉIA, DESORIENTAÇÃO, CRISES CONVULSIVAS. REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA. TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA QUE EVIDENCIA NO RX FRATURA COMPLETA E CAVAGADA EM 1/3 MEDIO. TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA QUE EVIDENCIA NO RX FRATURA COMPLETA E CAVAGADA EM 1/3 MEDIO.

#EVOLUÇÃO: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. QUEIXA-SE DE HIPOACUSIA E OTALGIA EM LADO DIREITO. NEGA VOMITOS, NAUSEAS E FEBRE NAS ULTIMAS 24H. SONO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA QUE EVIDENCIA NO RX FRATURA COMPLETA E CAVAGADA EM 1/3 MEDIO.

PACIENTE SEGUE ESTAVEL EM CONDIÇÕES DE RECEBER A ALTA MÉDICA.

EXAMES REALIZADOS:

TC DE CRANIO (03/06/20): CONTUSÃO TEMPOROPARIETAL ESQUERDA.

TERAPEUTICA UTILIZADA:

SINTOMATICOS + TC DE CONTROLE + FENITOÍNA

DIAGNÓSTICO FINAL: TCE

CONDIÇÕES DE ALTA:

Melhorado Curado Encaminhado ao Ambulatório

RECOMENDAÇÕES:

RETORNO AMBULATORIAL COM 30 DIAS

FAZER USO DE FENOTOÍNA POR 30 DIAS

Aderbal Bezerra Martins
Médico
CRMEC: 10754

Sobral, 04 de Junho de 2020

Carimbo / Ass. Médico



Prefeitura Municipal de Tamboril
Secretaria de Saúde do Município



RECEITUARIO

PACIENTE: Paulo Cesar de Souza Andrade

ENDEREÇO: Vila São José

Declaração médica

Declaro para os devidos fins que o paciente Paulo Cesar de Souza Andrade, 43 anos é acompanhado na UBS Vila São José após acidente automobilístico (moto) em 31/05/2020. Encaminhado para Santa Casa de Sobral por quadro de desorientação, crises convulsivas, realizou TC de crânio que evidencia contusão temporoparietal esquerda. Realizou RX que evidencia fratura completa e cavalgada em 1/3 médio da clavícula direita. Paciente em uso de Fenitoína 100 mg, de 8/8 horas. Necesita de cuidados e acompanhamento com neurologista e ortopedista até estabilização do quadro. Atenciosamente,

DATA: 14/07/2020

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."



Prefeitura Municipal de Tamboril
Secretaria de Saúde do Município



RECEITUARIO

PACIENTE: Paulo Cesar de Souza Andrade

ENDEREÇO: Vila São José

Atestado médico

Atesto, para os devidos fins que o paciente Paulo Cesar de Souza Andrade, 43 anos, é acompanhado na UBS Vila São José (sede 3) e por especialistas (neurologista e traumato-ortopedista) após acidente automobilístico (moto) em que paciente evoluiu com crises convulsivas e trauma em clavícula direita.

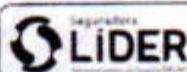
DATA: 14 / 07 / 2020

Dra. Dariana Magalhães
Médica 2012
[Signature]

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	753.012.703-97	Paulo Cesar de Souza Andrade

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

5 - Nome completo: Paulo Cesar de Souza Andrade	6 - CPF: 753.012.703-97
7 - Profissão: Graçor	8 - Endereço: Rua Francisco Reis e Reis, 114 - Centro
9 - Número: 114	10 - Complemento: Terreiro
11 - Bairro: Monte Castelo	12 - Cidade: Tangará
13 - Estado: CE	14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: admiradorparajak@gmail.com	16 - Tel (DDD): (61) 9291-1700

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize sua opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Rede de bancos): Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

Por motivo alegado, solicito o provoçamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 de 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 nascituras (varônices)? <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/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidá, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	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: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	40 - Local e Data: _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--	---	--	---	---	--	---	--	---

