

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

---

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200218630**

**Vítima: COSMO SILVA DO CARMO**

**Data do Acidente: 26/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), COSMO SILVA DO CARMO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200218630**

**Vítima: COSMO SILVA DO CARMO**

**Data do Acidente: 26/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), COSMO SILVA DO CARMO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

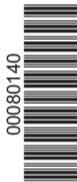
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

---

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200218630**      **Vítima: COSMO SILVA DO CARMO**

**Data do Acidente: 26/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), COSMO SILVA DO CARMO**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: COSMO SILVA DO CARMO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000288-7**

**Conta: 0000024650-6**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	045.927.063-07	Cosmo Silveira de Carvalho

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

5 - Nome completo:	Cosmo Silveira de Carvalho		
6 - CPF:	045.927.063-07		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Vendedor	Rua 12 CONJ 21 AUCHO DOCE II	191	
11 - Bairro:	Bortaleza	13 - Estado:	CE
12 - Cidade:	Fortaleza	14 - CEP:	60110-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (85)98481-6626		

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"/> 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. A assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Nome do BANCO: Bradesco

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0288 CONTA: 0024650 6

(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 acima mencionado, 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, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (menor de 18 anos):	<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:	<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

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,

10 de OUTUBRO 2019 - Bortaleza

Cosmo Silveira de Carvalho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0289 7 0024 650 6

529

AUTHORIZED SIGNATURE

Banco Bradesco 0000 0000 / 0000 0000 0000  
Bradesco 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

Bradesco

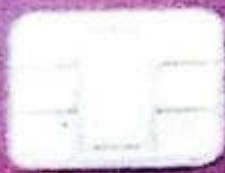
Banco24Horas

ATM  
**pulse**



NO EXTERIOR:

 bradesco



**6504 9180 9636 5102**

VALID THRU

06/24

**COSMO SILVA DO CARMO**

**elo**



# 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:
	045.927.063-07	Cosmo Silveira de Carvalho

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

5 - Nome completo:	Cosmo Silveira de Carvalho		
6 - CPF:	045.927.063-07		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Vendedor	Rua 12 CONJ 21 AUCHO DOCE II	191	
11 - Bairro:	Bortaleza	13 - Estado:	CE
12 - Cidade:	Fortaleza	14 - CEP:	60110-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (85)98481-6626		

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"/> 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. A assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Nome do BANCO: Bradesco

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0288 CONTA: 0024650 6

(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 acima mencionado, 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, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (menor de 18 anos):	<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:	<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

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,

10 de OUTUBRO 2019 - Bortaleza

Cosmo Silveira de Carvalho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## DECLARAÇÃO



**SAMU  
192**

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Cosmo Silva do Carmo** - C.P.F. **045.927.063-07**, no dia **26/01/2019**, às 20h, na **Rua dos Sabiás**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P632041/2019**.

Fortaleza, 16 de abril de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

---

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

Mauricio Lopes Alves  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45659-1

---

**Maurício Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza





P = 632041/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI-88

PONTO DE APOIO: CSA

Nº DA OCORRÊNCIA: 051051

DATA: 26/01/2019

TURNO: S/N

EQUIPE: Bárbara + Eduardo L+ Hugo

IDADE: 27

SEXO: M

NOME: Dione Júnior do Carmo

ENDEREÇO: Rua dos Sabiás, 197.

REFERÊNCIA: Av. Praia Branca (Onibus) Dragão

BAIRRO: Praia Branca

QTY: 19:44

QUS: 20:00

QUY:

QUU: 02150

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro - moto

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

## RESPOSTA AO CHAMADO

- RESPONSIVO  
 NÃO RESPONSIVO

 PERVEAS OBSTRUÍDAS

## EXPANSÃO TORÁCICA

- PRESENTE  
 AUSENTE

## PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

- PRESENTE  
 AUSENTE

A

## PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EUPNEICO  
 TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  
 AGÔNICA/AUSENTE

## INSPEÇÃO

- NORMAL  
 ALTERADA: \_\_\_\_\_

## PALPAÇÃO /PERCUSSÃO

- NORMAL  
 ALTERADA: \_\_\_\_\_

## AUSCULTA

- NORMAL  
 ALTERADA: \_\_\_\_\_

B

## IMPACTO

- NORMOCÁRDICO  
 TRAQUICÁRDICO  
 BRADICÁRDICO

- AGÔNICA/AUSENTE

LOCAL: \_\_\_\_\_

## PULSO

- CHEIO  
 FILIFORME  
 IMPALPÁVEL

- CORADA  
 PÁLIDA  
 CIANÓTICA

- SUDOREICA  
 SECA  
 QUENTE  
 FRIA

- ≤ 2 seg  
 > 2 seg

- SIM  
 NÃO

C

## CHOCOS

- NORMOCÁRDICO  
 TRAQUICÁRDICO  
 BRADICÁRDICO

- AGÔNICA/AUSENTE

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D

## MOVIMENTOS

- ESPONTÂNEA 4  
 Á VOZ 3  
 À DOR 2  
 NENHUMA 1

TOTAL: 15

## ABERTURA OCULAR

## RESPOSTA VERBAL

## RESPOSTA MOTORA

- ORIENTADO (A) / SORRI (P)  
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL  
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)  
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)  
NENHUMA

- D 5  
□ 4  
□ 3  
□ 2  
□ 1

- OBEDECE A COMANDOS  
LOCALIZA A DOR  
MOVIMENTO DE RETIRADA  
FLEXÃO ANORMAL  
EXTENSÃO ANORMAL  
NENHUMA

- 6  
□ 5  
□ 4  
□ 3  
□ 2  
□ 1

PUPILAS:  NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ALTERADAS

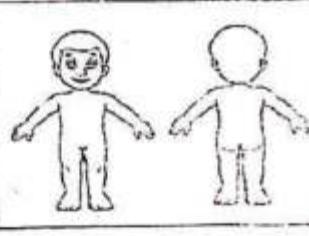
E

## CLASSIF.

- ADULTO

## LESÕES

## PEDIÁTRICO

Fratura tibia - fibula fechada. E  
Edema em ombro esquerdo.  
escorregações em MMJ I

## SAMPLA

FC: 64

PA: 130X30

FR: 18

GLIC: 104

OXIM.: 071

TEMP.:

Paciente consciente, orientado, verbalizando, na cena estava ac. reb. com capacete retirado. Relatou algia intensa em MMJ I, a. reb. com fratura cf expulsão ósea, edema e algas em reb. e, escorregações nos MMJ I. Negou sincope, cefaleia, n. nega fad, dm e outras patologias, bem como m. n. n. n.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHECAGEM
<b>ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS</b>	
ASS. /CRM:	
<b>ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM</b>	
<p><i>Intubação primária + intubação de MMIE, intubação contínua, verificação de SSVU, transporte em paciente suspeito de interconexão.</i></p>	
<b>Bárbara Rebouças</b> Enfermeira ASS. /COREN: COREN 315-846	
<b>ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA</b>	
ASS.: _____	
<b>DESTINO DO PACIENTE</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: <b>I.F Centro</b> <input type="checkbox"/> LIBERADO <input type="checkbox"/> RECUSA <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
<input type="checkbox"/> ÓBITO → <input type="checkbox"/> NO LOCAL <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE	
PACIENTE ACOMPANHADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ASS. DO RESPONSÁVEL: <i>André Luiz R. Pimpido</i>	
ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: <i>DR. WALTER RAMOS</i> <i>CRM-SP 11.353</i>	
<b>COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES</b>	
DATA: <i>26/01/2015</i> HORA: <i>11:35 hs</i>	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES: _____ _____ _____	
LOCAL: ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: <b>TERMO DE RECUSA</b>	
EU, _____ DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO. ASSINATURA: _____	
RG /CPF: _____	

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: 02/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: COSMO SILVA DO CARMO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00288-7

CONTA: 000000024650-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2092020050000000002370028800000024650236250 PAGO



Esta é a sua conta de

09/2019

Nº DO CLIENTE	DV
3126653	
<b>VENCIMENTO</b>	
<b>15/10/2019</b>	
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	
<b>0,00</b>	
<b>DATA EMISSÃO</b>	
<b>16/09/2019</b>	

**DADOS DO CLIENTE**

Nome NAARA FERREIRA DA SILVA

Endereço RU 0012 CONJ RIACHO DOCE II 00191  
60110-000 FORTALEZA PASSARE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 3441534-CPN-314 - FOH11UG1

**CPF / CNPJ**

026.570.373-58

**DATAS DE LEITURA**

Anterior 19/08/2019 | Atual 16/09/2019 | Prev. Próx. Leitura 16/10/2019

**DADOS DA MEDIDAÇÃO**

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	7734,00	7734,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	30,00	0,55433	16,63

**DESCRÍÇÃO DA CONTA**

Custo de disponibilidade  
Adicional Band. Vermelha  
Crédito De Pequenos Valores  
Débito De Pequenos Valores

**Quantidade****Tarifa****Valor (R\$)**

16,63  
1,20  
37,29-  
10,40

**CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)**

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)****CONSUMO CONSCIENTE**EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)**ATENÇÃO**

DEBITOS ANTERIORES:	
Mea/Ano	Valor R\$
07/2019	47,56
10/2018	48,62
	66,18

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Período: Band. Tarif.: Vermelha : 20/08 - 15/09

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200218630 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: COSMO SILVA DO CARMO Data do acidente: 26/01/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 8/9/10\_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 06/09/2019 10:19:32

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 26/01/2019 20:50:43		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 700207430478223	NOME: COSMO SILVA DO CARMO			Registro: 5600220		
CPF: 045.927.063-07	RG: 1668335518	D. NASC: 13/08/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: LUCIA SILVA DO CARMO			NOME DO PAI: ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: MOURA MATOS		Nº: 172	BAIRRO: PASSARE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: -	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60867067	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: ISABEL/SAMU USI 88 CONDUTOR EDUARDO LIMA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MDTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete.						
QUEIXAS: PACIENTE, 27 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUM EXPOSTO Perna Esquerda + TRAUM FECHADO OMBRO ESQUERDO						
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - EX EXPOSTA						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						
ATENDIMENTO MÉDICO						

Anamnese:

Exame Físico:	SERVICO DE PRONTO-ATENDIMENTO MAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 06/09/2019 MATRICULA 13826 SERVIDOR	
Conduta:		
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:		
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:		
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPOL LIMA

D  
G  
E

NOME

COSMO SILVA DO CARMO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1668335516



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

20070699377

SSPD5

CE

CPF

045.927.063-07

DATA NASCIMENTO

13/08/1991

PAUTAÇÃO

ANTONIO LUIZ SOUSA DO  
CARMO  
LUCIA SILVA DO CARMO

PERMISSÃO

ACC

CAIMAS

AB

Nº REGISTRO

06190022751

VALIDEZ

06/01/2019

1ª HABILITAÇÃO

24/09/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

Cosmo Silva do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO

03/01/2019

Igor Vasconcelos Ponte

57653845781  
CE168343045

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1668335516

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPOL LIMA

D  
G  
E

NOME

COSMO SILVA DO CARMO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1668335516



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

20070699377

SSPD5

CE

CPF

045.927.063-07

DATA NASCIMENTO

13/08/1991

PAUTAÇÃO

ANTONIO LUIZ SOUSA DO  
CARMO  
LUCIA SILVA DO CARMO

PERMISSÃO

ACC

CAIMAS

AB

Nº REGISTRO

06190022751

VALIDEZ

06/01/2019

1ª HABILITAÇÃO

24/09/2014

OBSERVAÇÕES

EAR;

Cosmo Silva do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO

03/01/2019

Igor Vasconcelos Ponte

57653845781  
CE168343045

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1668335516





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354101/19

**Vítima:** COSMO SILVA DO CARMO

**CPF:** 045.927.063-07

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/01/2019

**Titular do CPF:** COSMO SILVA DO CARMO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: COSMO SILVA DO CARMO  
CPF: 045.927.063-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

COSMO SILVA DO CARMO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

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

Número do pedido DPVAT: 319057 9369

Data da solicitação: 16/06/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Cosmo da Silva do Carmo

CPF do beneficiário: 045.927.663-07

Nome do solicitante: Cosmo da Silva do Carmo.

CPF do solicitante: 045.927.663-07

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98781 6626 Tel. Comercial: ( ) 000

Tel. Residencial: ( ) 000

E-mail: [Alternativa.dpvat@outlook.com](mailto:Alternativa.dpvat@outlook.com)

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

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

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

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

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

(DESCRIVER)

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

Estou de alta e ainda apresento sequelas. Não recebi nenhuma outra documentação do hospital. Tenho apenas estar alta.

Solicito o agendamento de uma perícia pra que eu possa ser avaliado e consequentemente indenizado.

Fortaleza, 16 de Junho de 2020

Local e Data

Cosmo Silva do Carmo

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

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169290/20

**Vítima:** COSMO SILVA DO CARMO

**Data do acidente:** 26/01/2019

**CPF:** 045.927.063-07

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** COSMO SILVA DO CARMO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020  
Nome: COSMO SILVA DO CARMO  
CPF: 045.927.063-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

COSMO SILVA DO CARMO

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354101/19

**Vítima:** COSMO SILVA DO CARMO

**CPF:** 045.927.063-07

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/01/2019

**Titular do CPF:** COSMO SILVA DO CARMO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: COSMO SILVA DO CARMO  
CPF: 045.927.063-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

COSMO SILVA DO CARMO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169290/20

**Vítima:** COSMO SILVA DO CARMO

**CPF:** 045.927.063-07

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/01/2019

**Titular do CPF:** COSMO SILVA DO CARMO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020  
Nome: COSMO SILVA DO CARMO  
CPF: 045.927.063-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

COSMO SILVA DO CARMO

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA