

---

**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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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, retorne 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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atribua uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 0288 7 CONTA: 0024650 6

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NÚMERO

CÓDIGO

0288 7 0024650 6

529

AUTHORIZED SIGNATURE

Ponto Fiel Bradesco 0800-0822 / 0800-570-0822

Assessoria de Exterior +55 21 4000-0822

SAC: 0800 704-8383 (Online) / 0800 727-9988 (Chatbox)

Suporte Técnico Atendimento ao Cliente 0800 722-0099

Quadrante 0800 727-9933

Banco Bradesco

Banco24Horas

ATM

pulse



NO EXTERIOR

 bradesco



6504 9180 9636 5102

VALID THRU

06/24

COSMO SILVA DO CARMO

elo





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019630655



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3017 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/09/2019 13:47:38**  
Data / Hora da Ocorrência: **26/01/2019 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV SABIAS, PASSARE - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **COSMO SILVA DO CARMO**  
Nascimento: **13/08/1991** CPF: **045.927.063-07**  
RG: **20070699377** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:  
Filiação: **LUCIA SILVA DO CARMO**  
**ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO**  
Endereço: **RUA 12, 182**  
Bairro: **PASSARE**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99747-2118**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: PNC8108 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:**  
**9C2JC4130FR200580 Renavam: 1065520147 Tipo do Veículo:**  
**MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS Ano**  
**Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA Cor:**  
**BRANCA Proprietário: PORTELA COM DE GAS LTDA Situação: NÃO**  
**INFORMADO Envolvimento: COLISAO**

**Histórico**

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRABALHAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNC-8108 NA AV. SABIAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS QUE A VITIMA NÃO SABE INFORMA E QUE TRANSITAVA NO SENTIDO CONTRARIO AO DA VITIMA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////  
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**



# 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:

045.927.063-07 Cosmo Silveira do Carmo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Cosmo Silveira do Carmo 045.927.063-07 Autônomo RUA 12 CONS RIACHO DOCE II 191 Pousadara Sorocaba SP 60110-000 (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:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0101 CONTA: 00000000000000000000

AGÊNCIA: 0288 7 CONTA: 0024650 6

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

10 de OUTUBRO 2019 - Sorocaba  
Cosmo Silveira do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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

  
Maurício Lopes Alves  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat : 45659-1

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





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de  
Fortaleza

P = 632041/19

# PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI-88	PONTO DE APOIO: CSA	Nº DA OCORRÊNCIA: 05169
DATA: 26/01/2019	TURN: SIN	EQUIPE: Bárbara + Eduardo L + Hugo
NOME: Carlos Silva do Carmo	IDADE: 27	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua dos Sábios, 197	BAIRRO: Passaú	
REFERÊNCIA: Av. Palestina (ônibus Dragão)	QU: 0250	
QTY: 19:24	QUS: 20:00	QUY:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro - moto		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:

A Vitalidade	B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
		<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
		<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
		<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
		<input type="checkbox"/> AGÔNICA / AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input checked="" type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> QUENTE		
	LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRIA		

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

D Sensibilidade	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
	À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
	TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> ALTERADAS		

E Exatidão	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Fratura tíbia - fíbula fechada. E Edema em ombro esquerda. escoriações em MMII	

## SAMPLA

FC: 64	PA: 130X80	FR: 18	GLUC: 104	OXIM.: 97%	TEMP.:
--------	------------	--------	-----------	------------	--------

Paciente consciente, orientado, verbalizando. Na cena estava acoberto com capote retirado. Relatou dor intensa em MMSE, a maior com fratura e exposição óssea, edema e dor em ombro E, escoriações nos MMII. nega síncope, cefaleia, náusea, vômito e outras patologias, bem como alergias.

QTY: DESLOCAIMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUI: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA		CHECAGEM
ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS		
ASS. / CRM:		
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM		
Avaliação primária + utilização de MIE, limpeza/curativo, verificação de SSVU, transporte em prancha com o paciente em interconexão.		
Bárbara Rebouças Enfermeira ASS. / COREN: COREN 315.846		
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA		
ASS.:		
DESTINO DO PACIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: IEF Centro		BOLETIM EMERG:
<input type="checkbox"/> LIBERADO	<input type="checkbox"/> RECUSA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS
<input type="checkbox"/> ÓBITO →	<input type="checkbox"/> NO LOCAL	<input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE
<input type="checkbox"/> OUTRO:		
PACIENTE ACOMPANHADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:	
ASS. DO RESPONSÁVEL: Anieli Luis R. Pinheiro	36/01/2016 DR. WILDER RAU CRM 315.846 EM:	
COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES		
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:		
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:		
LOCAL:		
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:		
TERMO DE RECUSA		
RG / CPF		
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:		



BRABESCO

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

BRABESCO0209202005000000000023700288000000024650236250    PAGO



**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

**Esta é a sua conta de**  
**09/2019**

**Nº DO CLIENTE**

3126653

DV

**VENCIMENTO**

15/10/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

0,00

**DATA EMISSÃO**

16/09/2019

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

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

2D01.4799.B1BA.B87E.5D4A.E638.8E6C.6C10

**DADOS DA MEDIÇÃO**

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

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Custo de disponibilidade  
Adicional Band. Vermelha  
Credito De Pequenos Valores  
Debito De Pequenos Valores

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

16.63

1.20

37.29

19.40

**CÉDITO EM ENERGIA (kWh)**

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

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)****CONSUMO CONSCIENTE**

**EMISSIONES 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>)

0 100

Tributo:

Base (R\$):

Alíquota (%)

Valor (R\$):

PIS/PASEP

17,88

0,8100

0,16

COFINS

17,88

5,6900

0,87

ICMS

0,00

0,00

0,00

**ATENÇÃO****DEBITOS ANTERIORES:**

Mes/Ano	Valor R\$
07/2019	47,56
10/2018	48,62
	66,18

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Período: Band. Tarif.: Vermelha | 20/09 - 16/10

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**Registro de Atendimento Emergencial**

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: 1686335516	D. NASC: 13/08/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/CCR: Parda		
NOME DA MÃE: LUCIA SILVA DO CARMO			NOME DO PAI: ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MOURA MATOS		Nº: 172	BAIRRO: PASSARE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60867067		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ISABELE/SAMU USUÁRIO CONDUCTOR EDUARDO LIMA		PARENTESCO: ESPOSA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO 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 + TRAUMA FECHADO OMBRO ESQUERDO							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX EXPOSTA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UP  
RAE TIPO A  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 06/09/2019  
MATRÍCULA 13826  
Eduardo Moreira  
SERVIDOR





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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1668335516

NOME  
COSMO SILVA DO CARMO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
20070699377 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO  
045.927.063-07 13/08/1991

FILIAÇÃO  
ANTONIO LUIZ SOUSA DO  
CARMO  
LUCIA SILVA DO CARMO

PERMISSÃO ACC CATIAS  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
06190022751 06/01/2019 24/09/2014

OBSERVAÇÕES  
EAR;

*Cosmo Silva do Carmo*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
QUIXADA, CE 03/01/2019

*Igor Vasconcelos Ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

57653845781  
CE168343045

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1668335516

CEARÁ





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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1668335516

NOME  
COSMO SILVA DO CARMO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
20070699377 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO  
045.927.063-07 13/08/1991

FILIAÇÃO  
ANTONIO LUIZ SOUSA DO  
CARMO  
LUCIA SILVA DO CARMO

PERMISSÃO ACC CATIAS  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
06190022751 06/01/2019 24/09/2014

OBSERVAÇÕES  
EAR;

*Cosmo Silva do Carmo*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
QUIXADA, CE 03/01/2019

*Igor Vasconcelos Ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

57653845781  
CE168343045

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1668335516

CEARÁ







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013357068230 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

PLACA ANT / UE 9C2JC41301R200580

COMBUSTIBLE  
GASOLINA

ANO FAB 2015 ANO MOD. 2015

COB PREDOMINANTE -  
BRANCA

1  
2  
3

DATA DE PAGAMENTO 06/02/2017

六十六

4.102/102/02

7:2-14011-47

7:2-14011-47

0030910300



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354101/19

**Vítima:** COSMO SILVA DO CARMO

**CPF:** 045.927.063-07

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

COSMO SILVA DO CARMO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

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 06

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: 045.927 063-07

Nome do solicitante: Cosmo da Silva do Carmo.

CPF do solicitante: 045.927 063-07

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( 85 ) 98781 6626  
DDD

Tel. Comercial: (     )  
DDD

Tel. Residencial: (     )  
DDD

E-mail: Alternativadpvtat33@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)  
documentos estão  
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IMIL

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

**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 essa 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 a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar 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

**CPF:** 045.927.063-07

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

COSMO SILVA DO CARMO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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