

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, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo", disponível em nosso site, preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois foram identificadas, no formulário inicialmente apresentado, informações diferentes das que constam no Registro de Ocorrência Policial. Caso a falha esteja no Registro de Ocorrência Policial, o interessado deverá retornar ao órgão que o emitiu e solicitar o aditamento para constar os dados corretos.

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.

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. 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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo", disponível em nosso site, preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois foram identificadas, no formulário inicialmente apresentado, informações diferentes das que constam no Registro de Ocorrência Policial. Caso a falha esteja no Registro de Ocorrência Policial, o interessado deverá retornar ao órgão que o emitiu e solicitar o aditamento para constar os dados corretos.
--	---

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.

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. 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, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

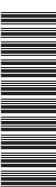
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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.

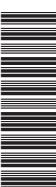
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190534012 **Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Data do Acidente: 02/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000007737-2

Conta: 0000058512-2

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.

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

600.318.513-98

Evaldo Avelino de Morais Filho

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

Nome completo: Evaldo Avelino de Morais Filho		CPF: 600.318.513-98
Profissão: Autônomo	Endereço: Rua 113	Número: 354 Complemento: Ala 25 CPC
Bairro: Lentro	Cidade: Blumenau	Estado: SC CEP: 61600-000
E-mail:		Tel.(DDD): (85) 93147-7500

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **0295** CONTA: **44151**

AGÊNCIA: **0295** CONTA: **44151**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 atende 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **Fortaleza, 26/03/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RG

Evaldo Avelino de Morais Filho
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ COMPROV. SEGUROS
 CPF: _____

Assinatura 7 SET 2019

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CJC

Agencia 0295-0

Conta 44152-1





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 2019173127

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 24047/2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **14/03/2019 11:28:48**

Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2018 07:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DA INTEGRAÇÃO, 0**

Complemento: **PROXIMO AO POSTO DA SANTINHA**

Bairro: **Município: CAUCAIA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Nascimento: **06/05/1987** CPF: **600.318.513-98**

RG: **99012012440** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA CELIA PINTO DE ANDRADE**

EVALDO AVELINO DE MORAIS

Endereço: **RUA 113, 354**

Bairro: **PLANALTO CAUCAIA**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL**

UF:

PLN 7019

CEP:

Telefone: **(85) 98679-5587**

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, estava trafegando em uma motocicleta HONDA FAN, cor vermelha, placas NQT9750, quando um veículo cuja placa e modelo não sabe informar, teria feito uma manobra, onde acabou por fechar a motocicleta pilota pelo noticiante; QUE para não colidir com o veículo, acabou fazendo uma manobra, e em seguida, teria colidido com um poste, sendo arremessado ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o IJF, onde foi constatado uma lesão na mão e na face; QUE não foi submetido a cirurgia; QUE passou cinco dias internado no IJF; QUE ficou afastado de suas atividades laborais pelo período de três meses; QUE acrescenta que a motocicleta em que o mesmo pilotava é de propriedade do senhor WESLEY GUILHERME SOUSA DOS SANTOS; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Andreia Braga ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Evaldo Avelino de Moraes Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

Cladiston Sousa Braga CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 2019173127

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 2404 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **14/03/2019 11:28:48**

Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2018 07:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DA INTEGRAÇÃO, 0**

Complemento: **PROXIMO AO POSTO DA SANTINHA**

Município: **CAUCAIA/CE**

Bairro:

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Nascimento: **06/05/1987** CPF: **600.318.513-98**

RG: **99012012440** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA CELIA PINTO DE ANDRADE**

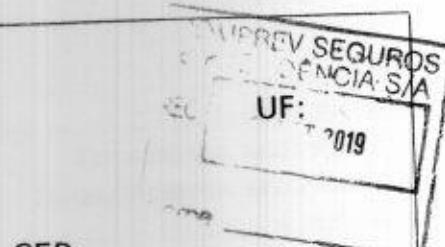
EVALDO AVELINO DE MORAIS

Endereço: **RUA 113, 354**

Bairro: **PLANALTO CAUCAIA**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL**



Telefone: **(85) 98679-5587**

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, estava trafegando em uma motocicleta HONDA FAN, cor vermelha, placas NQT9750, quando um veículo cuja placa e modelo não sabe informar, teria feito uma manobra, onde acabou por fechar a motocicleta pilota pelo noticiante; QUE para não colidir com o veículo, acabou fazendo uma manobra, e em seguida, teria colidido com um poste, sendo arremessado ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o IJF, onde foi constatado uma lesão na mão e na face; QUE não foi submetido a cirurgia; QUE passou cinco dias internado no IJF; QUE ficou afastado de suas atividades laborais pelo período de três meses; QUE acrescenta que a motocicleta em que o mesmo pilotava é de propriedade do senhor WESLEY GUILHERME SOUSA DOS SANTOS; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ABRAS
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jacinto Bellino de Moraes Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

JACINTO SOUSA BRAGA
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
600.318.513-98 Evaldo Avelino de Morais Filho

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

Nome completo: <i>Evaldo Avelino de Morais Filho</i>		CPF: 600.318.513-98
Profissão: <i>Autônomo</i>	Endereço: Rua 113	Número: 354
Bairro: <i>Lentro</i>	Cidade: <i>Pancasica</i>	Complemento: Tel (DDD): (85) 93147-7500
E-mail:	Estado: CE	CEP: 61600-000

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

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

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

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: *Fortaleza, 26/03/19*
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RG

Evaldo Avelino de Morais Filho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ COMPROV. SEGUROS
CPF: _____

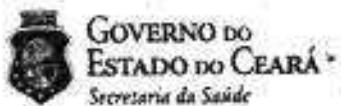
Assinatura 7 SET 2019

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**, portador do RG n.º 99012012440, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 600.318.513-98, no dia 02/11/2018 às 08h10, no município de Caucaia/CE, na Avenida da Integração, Bairro Nova Metrópole, próximo ao Posto de Gasolina da Santinha, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eelite Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 05 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07737-2

CONTA: 00000058512-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2410201905000000000237077370000005851294500 PAGO

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEÍCULO

Eu, Evaldo Avejuno de Moraes Filho RG: 99032012940
CPF: 600 313 513 98, residente e domiciliado (a) na Rua 113 354 CPC, na
cidade de Loucaia, no estado de Pernambuco, venho por meio desde,
informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de
repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local
incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo
envolvido no acidente.

Nome do proprietário: Wesley guilherme Souza dos Santos

Veículo: Motocicleta - Honda CG 125 Fan Ks

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQ T 9750

Chassi: 9L2SC4J11

Data do acidente: 02/11/2017

Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos
governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro
Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas
penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

25 FEV 2018

Local e data _____

CARTÓRIO

MELO JUNIOR
MELO JUNIOR

ESTADO DE PERNAMBUCO - CARTÓRIO MELO JUNIOR - N° OFÍCIO DE NOTA E REGISTRO DE FATO
TRABALHO: JOSE GOMES/DO MELO JUNIOR - TABELIÃO SUBSTITUTO: RECONHECIMENTO DE FIRMA DO VEÍCULO
CPF: 600 313 513 98 - Rua: Ribeiro Peixoto, 1000 - Centro - CEP: 50.000-000 - Recife/PE - CEP: 50.000-000
Tel: (81) 3003-7104 / 3002-7101 - E-mail: img@bancodabahia.com.br / www.bancodabahia.com.br
Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de EVALDO
AVEJUNO DE MORAES FILHO Do que dou f.º. Fortaleza, 25
de Novembro de 2018 Total R\$ 4,49 SELO: 2
RECONHECIMENTO DE FIRMA CMST77601



Maria da Escrivania Valente Herculano - Escrivanea


Maria da Escrivania Valente Herculano
Escrivanea

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEÍCULO

Eu, Evaldo Avelino de Moraes Filho RG: 99032012440
CPF: 60031851398, residente e domiciliado (a) na Rua 113 354 CPC, na
cidade de Loucaia, no estado de Pernambuco, venho por meio desde,
informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de
repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local
incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo
envolvido no acidente.

Nome do proprietário: Wesley guilherme Souza dos Santos

Veículo: Motocicleta - Honda CG 125 Fan KS

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQ 1 9750

Chassi: 9C25C4J1

Data do acidente: 02/11/2018

Dante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos
governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro
Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas
penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data 25 FEV 2019



Evaldo Avelino de Moraes Filho

CARTÓRIO
MELO JÚNIOR
MELO JÚNIOR



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JÚNIOR - 9º OFÍCIO DE ROTAS E REGISTROS ESPECIAIS
TABELIÃO: JOSÉ ENAJEDO DE MELO JÚNIOR - TABELIÃO SUBSTITUTO: REGINALDO MARQUES DE MELO JÚNIOR
CPF: 06.373.094.0001-01 - Rio Maior Fazenda, nº 469 - Centro - CEP: 60.625-169 - Fortaleza - CE
Tel: (061) 3099-2474 / 3460-7668 - E-mail: orf@ortolete.com.br; recypos2_receptores@outlook.com

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA do EVALDO
AVELINO DE MORAES FILHO Do que dou fô. Fortaleza, 25
de fevereiro de 2019 Total R\$ 4,49 SELO 2
RECONHECIMENTO DE FIRMA CM977861

Maria do Socorro Macêira Herculano
Escrevente

H
Maria do Socorro Macêira Herculano
Escrevente Autorizada

Dados da Reclamação

Protocolo:
2394886/2019

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Situação:
Encaminhamento automático

Dados do reclamante

Segurado:
EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data:
30/09/2019 10:53:22

CPF/CNPJ:
600.318.513-98

UF:
CEARÁ

Formas de contato

E-mail:
felipe.pavat@hotmail.com

Celular:
(85) 99761-8930

Telefone:
(85) 99761-8930

Bairro:
CENTRO

Endereço:
rua barao do rio branco 1779

Cidade:
FORTALEZA

CEP:
60.025-061

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta reclamação ênfase da seguradora líder que está fazendo exigências abusivas foi cadastrado no número de sinistro 3190/ 34012 cobrando a declaração do proprietário do veículo sendo que já enviei a declaração do veículo, sendo que já para informando que não tem como eu enviar a devido declaração pois não tem paradeiros do proprietário do veículo e não fiz a transferência.

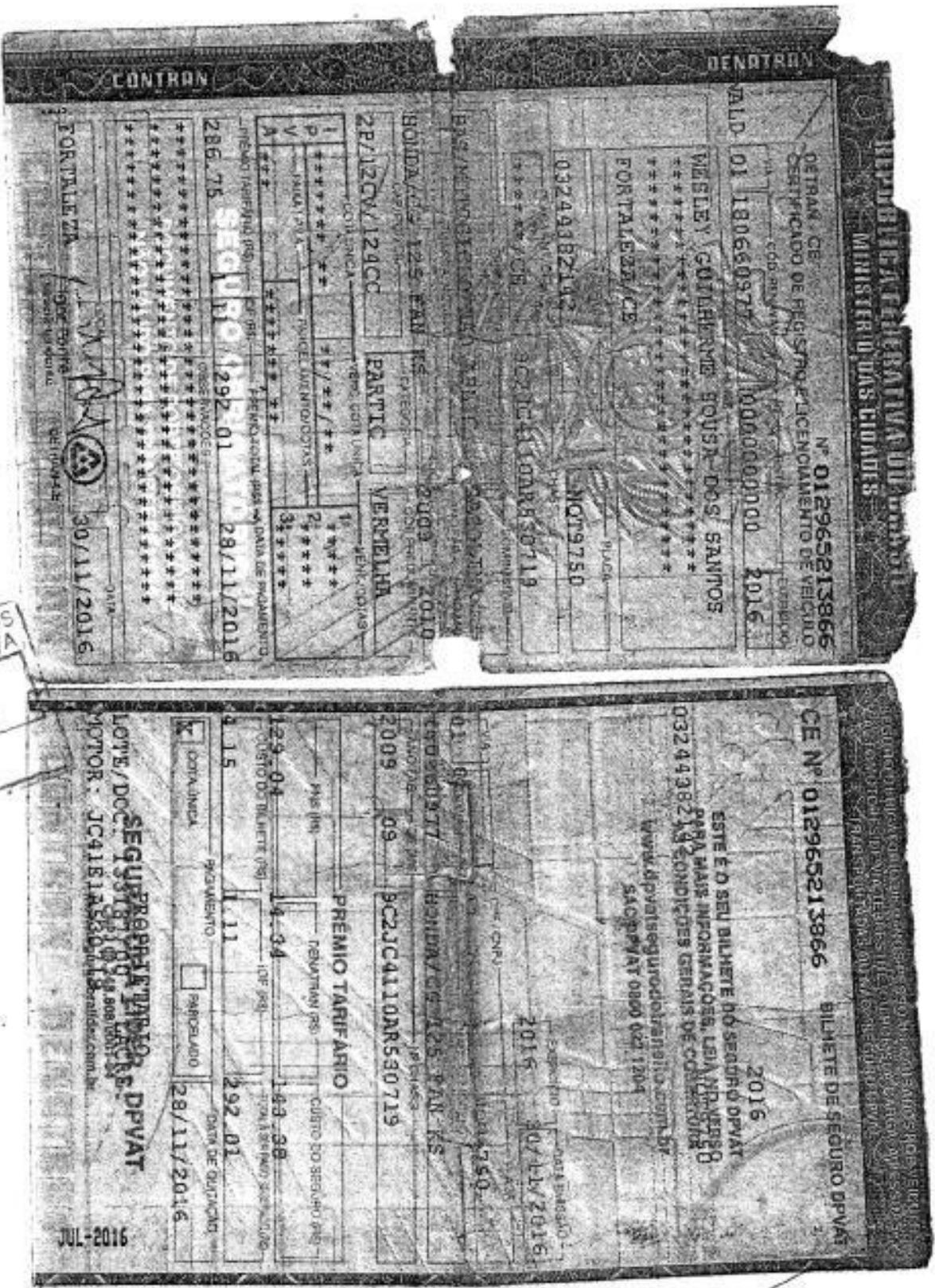
O SAC da empresa foi acionado?

Sim









ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORRÉA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ
TABELIA: ANGELA MARIA ARAUJO MORAIS CORRÉA - CNPJ: 06.573.000/0061-87
Rua Major Faustino, 676 - Centro - CEP: 60.005-108 - Fortaleza - CE - Telefone: (85) 3222-1000
E-mail: moraiscorrea@moreiscorrea.com.br

... AUTENTICAÇÃO N° 30255
Autentico a presente cópia reproduzida do(a) documento
apresentado(nas) notas (na) parte inferior:
Fortaleza, 26 de fevereiro de 2018. Encaminhante: Rá 2.82
Em testemunho da verdade.
Selos Digitais de fiscalização - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO

[1] - Francisco de A. N. Correia - [1] - Luis M. Gómez Nieto / [1] - Casar, Alessandro
Rodrígues / [1] - Ariane Lamas Rodrigues - Exponentes

VÁLIDO SOMENTE COM SÉLO DE AUTENTICIDADE.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190534012 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO **Data do acidente:** 02/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
TRAUMA EM MÃO ESQUERDA. (TENORRAFIA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

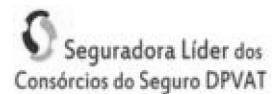
Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320300/19

Número do Sinistro: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

CPF: 600.318.513-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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: 01/10/2019
Nome: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO
CPF: 600.318.513-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320300/19

Número do Sinistro: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

CPF: 600.318.513-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2018

EVALDO AVELINO DE
MORAIS FILHO

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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: 01/10/2019
Nome: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO
CPF: 600.318.513-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

ANDERSON DE SOUZA LEITE