

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.

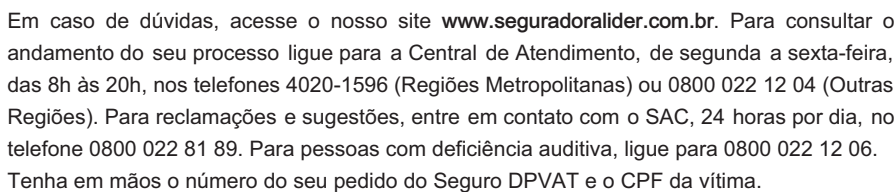
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14775444



---

**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

---

**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.

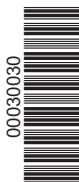
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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, 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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	600.318.513-98	Evaldo Avelino de Moraes Filho
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Evaldo Avelino de Moraes Filho	600.318.513-98	
Profissão:	Número:	Complemento:
Autônomo	394	Ed 25 CPC
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Curitiba	PR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	61600-000	(85) 99147.7500

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0295 0 CONTA: 44151 1

(informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

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

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

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

Local e Data, Portaleza, 26/03/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

EVALDO AVELINO DE MORAES FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

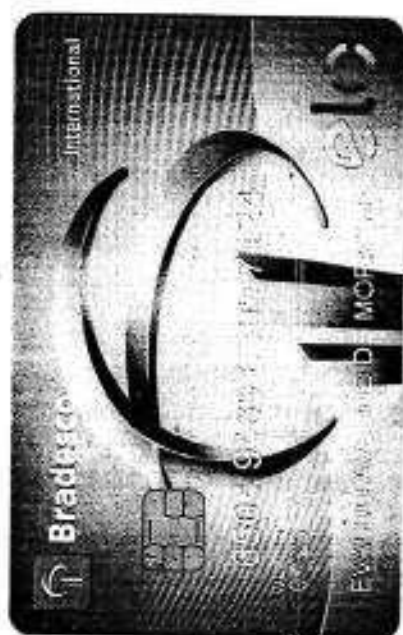
2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



C/C

Agência 0295-D  
Conta 44151-L







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

Impresso nº 2019173127

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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**  
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**

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 DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

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





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

Impresso nº 2019173127

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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**  
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**

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:** ANDREA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

**VISTO DO DELEGADO(A):** CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Consolidado em: 14/03/2019 11:43:38

Pág. 1 de 1

Impresso em: 14/03/2019 11:43:38

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	600.318.513-98	Evaldo Avelino de Moraes Filho
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Evaldo Avelino de Moraes Filho	600.318.513-98	
Profissão:	Número:	Complemento:
Autônomo	394	Ed 25 CPC
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Curitiba	PR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	61600-000	(85) 99147.7500

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0295 0 CONTA: 44151 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

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

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

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

Local e Data, Fortaleza, 26/03/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

EVALDO AVELINO DE MORAES FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)


(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### 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 moto/cicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  **Eliete 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: 000000058512-2

Nr. Autenticação

BRDESCO241020190500000000002370773700000005851294500 PAGO



Nº de Inscrição:  
055972381

#### DADOS DO CLIENTE

Nome: **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

End. Leitura: **RU 113 DO 25 CPC, 354, CENTRO DE OUROBRAS**

Cidade: **OUROBRAS**

CEP: **81600-000**

End. Entrega:

Cidade:

Local: **129**

Sector: **005**

Subsector: **00**

Quadra: **0009**

Subquadra: **00**

Lote: **0306**

Camp: **000**

#### ECONOMIAS

Residencial: **001**

Comercial: **000**

Industrial: **000**

Pública: **000**

#### INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
Água	R14F003542	155	166	11	2

#### DATAS

Leitura Atual: **26/01/2019**

Leitura Anterior: **27/12/2018**

Encerramento: **26/01/2019**

Próxima Leitura: **25/02/2019**

Lacre Água: **2787009**

Lacre Esgoto:

#### QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bacteriologia Coli
Residência	152	152	152	152	152
Análises	143	152	148	148	152
Em conformidade					

MÉDIA DE CONSUMO (01/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do período e de anos anteriores.

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Água  
Esgoto  
Juros de 0,0334 ao dia

Valor (R\$)

26,40

13,42

0,26

#### HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
jan/18	10	10
fev/18	7	10
mar/18	5	10
abr/18	5	10
mai/18	12	10
jun/18	20	10
jul/18	2	10
ago/18	3	10
set/18	2	10
out/18	2	10
nov/18	2	10
dez/18	1	10

#### IMPOSTOS SOBRE O FATURAMENTO

Imposto

COPINS

Valor (R\$)

0,36

1,82

#### SUBSÍDIO

VALOR DO SUBSÍDIO

VALOR DO SUBSÍDIO

VALOR TOTAL A PAGAR

VALOR (R\$)

37,88

38,00

MÊS/ANO

01/2019

PERÍODO

13/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

38,00

[1:55:11:00:55:36:387 L:6305 R:06:19:02 R:111 P:00]

#### ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBr, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Titipia, Outros: Pagar no Cagece ou em qualquer agência bancária. Para mais detalhes consulte sua agência.

Cagece  
0800 275 0195

Cagece  
155

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Entidades Reguladoras: ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica e ANEP - Agência Nacional de Esgoto e Saneamento. Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Paraná: ARSP - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Paraná. Mais informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br  
8 a 18h de atendimento

155  
OUVIDORIA



#### Fatura Mensal

Via do agente  
enviada eletronicamente

355110055363387 - 6305

#### DADOS DO CLIENTE

Inscrição:

Local: **129**

Sector: **005**

Subsector: **00**

Código de Responsabilidade:

Quadra: **0009**

Subquadra: **00**

Lote: **0306**

Camp: **000**

Mês/Ano:

01/2019

Cidade:

**OUROBRAS**

Vencimento:

**13/02/2019**

Total (R\$):

**38,00**

82600000000 8 38080009100 7 05597238101 0 01001622015 3





# DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSEIRO DE VEÍCULO

Eu, Evaldo Avelino de Moraes Filho RG: 99032012940  
CPF: 60031551398, residente e domiciliado (a) na Rua 113 354 CPL, na  
cidade de Loucaia, no estado de Rio de Janeiro, venho por meio deste,  
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 Sousa dos Santos

Veículo: Motocicleta - Honda Cg 125 Fan Ks

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQT 9750

Chassi: 9C2SC411

Data do acidente: 02/11/2018

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  
Dpvt.

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 JUNIOR  
MELO JUNIOR



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JUNIOR - 1º OFÍCIO DE REGISTRO E PROTESTOS ESPECIAIS  
TABELA DE TAXAS - 2018 - TABELA DE TAXAS - 2018 - TABELA DE TAXAS - 2018 - TABELA DE TAXAS - 2018  
CNPJ: 08.073.890/0001-01 - Rua Manoel de Sá, 100 - Centro - CEP: 61.025-100 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3309.7404 / 3309.7405 - E-mail: atendimento@cartorioceara.com.br / atendimento@cartorioceara.com.br

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de Evaldo  
Avelino de Moraes Filho do que dou fé. Fortaleza, 25  
de fevereiro de 2019. Total R\$ 4,49. MELO 2

RECONHECIMENTO DE FIRMA CM977601

Maria do Socorro Moreira Marcolino - Escrevente

Maria do Socorro Moreira Marcolino  
Escrevente Habilitada

# 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 Lauro de Freitas, no estado de Pernambuco, venho por meio deste,  
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 Sousa dos Santos

Veículo: Motocicleta - Honda Cg 125 Fan Ks.

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQT 9750

Chassi: 9C25C411

Data do acidente: 02/11/2018

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.

Local e data 25 FEV 2019

Evaldo Avelino de Moraes Filho

CARTÓRIO  
MELO JUNIOR  
MELO JUNIOR



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JUNIOR - 8º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS  
TABELÃO: JOSÉ ENANIRDO DE MELO JUNIOR - TABELÃO SUBSTITUTO, REGISTRO DE MELO JUNIOR  
CPF: 06.373.494/0001-01 - Rua Major Facundo, nº 468 - Centro - CEP: 61.825-195 - Fortaleza - CE  
Tel: (085) 3209.7474 / 3088.7889 - E-mail: car@fortalim.com.br / reconhec@car@fortalim.com  
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de Evaldo  
Avelino de Moraes Filho do que dou fé. Fortaleza, 25  
de fevereiro de 2019. Total R\$ 4,49 SELO 2  
RECONHECIMENTO DE FIRMA CM977661  
Maria do Socorro Moreira Herculano - Escrevente

Maria do Socorro Moreira Herculano  
Escrevente Autorizada



*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2394886/2019

**Situação:**

Encaminhamento automático

**Via:**

Internet

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

30/09/2019 10:53:22

*Dados do reclamante***Segurado:**

EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

**UF:**

CEARÁ

**CPF/CNPJ:**

600.318.513-98

*Formas de contato***E-mail:**

felipe.pavat@hotmail.com

**Telefone:**

(85) 99761-8930

**Celular:**

(85) 99761-8930

**Endereço:**

rua barao do rio branco 1779

**Bairro:**

CENTRO

**CEP:**

60.025-061

**Cidade:**

FORTALEZA

*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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 EIVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENTIFICADORA  
 99012012440 SEP CE

CPF  
 600.918.513-98 DATA DO EXAME  
 06/05/1987

NACAO  
 EIVALDO AVELINO DE MORAIS  
 MARIA CELIA PINTO DE ANDRADE

PRECATORIO  
 04408880803

DATA DO EXAME  
 11/02/2019

DATA DO EXAME  
 19/07/2008

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS  
 893806513

EXERCICE ATIV. REMUNERADA:

EIVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO  
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
 FORTALEZA, CE

DATA DO EXAME  
 13/02/2014

26750851984  
 CE140485388

893806513

DETRAN - CE (CEARA)



DEADEND

DEFINITION

012965213866

[illegible]

WLD: 1012886972 100000000 2016

WILLIS G. COLLETON JR. SUSAN LOS SANTOS

100

0324836249

0576105

1998

5770558767045079

BOARD OF COLLEGE TEACHING 2010

25/12/2016 12:40

PARTICULARS OF THE...

## References

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 03-11-2009 BY 60322

288 75 1 21 292.01 28/11/2016

Case 1:13-cv-00001 Document 1-1 Filed 01/22/14 Page 1 of 1

**1991-1992**

1997

④

30/11/2015

CE N° 012963213865

2025

U.S. COMPOSITE CENSUS OF 1980

SALES AT 0800 622 120

2016-17-80411/2016

0009 05 15C2JC411028530719

-PRÊMIO TARIFFÁRIO

12304

215

10

OTIS/DOC SEQUENTIAL EXTRACTION • DPVA

**BOOK:** JC91E1A6G0718

JUL-2016

ESTADO DO CEARÁ - CARTÃO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RYDFJ  
TABELA: ANGELA MARIA ARAÚJO MORAIS GURGIA - CNPJ: 06.573.609/0001-07  
Rua Major Fausto, 676 - Centro - CEP: 63.215-100 - Fortaleza - CE  
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

Autenticado a presente cópia reconstruída do documento apresentado nas últimas notas pela parte interessada.  
Foi feita, em 26 de fevereiro de 2019, em São Paulo: R\$ 2,33  
Em testemunho da verdade  
Selo Digital de Fiscalização - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO

(1) - Francisco de M. Corrales - (1) - Luis M. Corrales Nieto  
Rochester (1) - Arlene L. Corrales

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

03

Contra...

8 OCT 2019



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS FINANÇAS**

**DETRAN - CE**  
Nº 012965213866  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ALD 01 180660977 10000000000 2016

WESLEY GUILHERME SOUSA DOS SANTOS  
PORTALEZA/CE

03244382143  
NOT9750

286.75  
292.01  
28/11/2016

2P/12CV/124CC  
PARTIC VERMELHA

30/11/2016

**CE Nº 012965213866**  
**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PERA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR PARA  
032 4438 2143 CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 007 1204

03244382143  
NOT9750

2016 30/11/2016

2009 09 9C2JC4110AR530719

PREMIO TARIFARIO

129.04 14.34 168.38

292.01

28/11/2016

SEGURO PROPRIETARIO DPVAT

LOTI/DOC 129.04 14.34 168.38

MOTOR: JC41E1A530719

JUL-2016

ESTADO DO CEARÁ - CARTÃO MORAIS CORRÊA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTOPJ  
TABELA: ANGELA MARIA LARA LUIZ MORAIS CORRÊA - CNPJ: 06.573.080/0001-87  
Rua Major Fausto, 676 - Centro - CEP: 66.265-106 - Fortaleza - CE - Telefone: (85) 3101-1111  
E-mail: moraiscorrêa@moraiscorrêa.com.br

**--- AUTENTICAÇÃO Nº 30253 ---**  
Autenticado a presente cópia reproduzido de documento apresentado nestas notas pela parte interessada.  
Fortaleza, 26 de fevereiro de 2016. Brâulio Mendes: R\$ 2.82  
Em testemunho da verdade  
Selo Digital de Fiscalização - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO

1) - Francisco de M. M. Corrêa - ( ) - Luiz M. Corrêa Neto - ( ) - César Alexandre O. Rodrigues - ( ) - Arlene Lemos Rodrigues - Secretária

**VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO.**

03

Autenticado

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

6107 130

REC

NOTA

# 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

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 02/11/2018

**Titular do CPF:** EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

**CPF de:** Próprio

## 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](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: 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

**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](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: 01/10/2019

Nome: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

CPF: 600.318.513-98

EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE