



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02915135420228060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	19/04/2023 16:18:21

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2881958_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2881958_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-27.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto.

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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

Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto.
--	---

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000005438-0

Conta: 000000511251-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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 612/2021

5 - Nome completo: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 976.512.143-15
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: SETOR 1 9 - Número: 10 10 - Complemento: PERIMETRO
11 - Bairro: PIMN 12 - Cidade: MORADA NOVA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.940.000
15 - E-mail: eliangelo.sampaio@outlook.com 16 - Tel. (DDD): (88) 99259-3933

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5438 0 CONTA: 0511251 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 759 / 2022

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/05/2022 10:52:51**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2020 22:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT. SETOR 1 PIMN - MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**
ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**
Email:

Noticiante(s)

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**
ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**
Email:

Histórico

Cientificado (a) do teor dos arts. 339 (denúnciação caluniosa), 340 (comunicação falsa de crime ou contravenção) e 342 (falso testemunho) do Código Penal, afirma o (a) noticiante Eliangelo Sampaio do Nascimento, residente no Sítio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF: 976.512.143-15, RG: 99015049255, CNH: 03733211200; QUE, no dia hora e local acima informado, foi vítima de um acidente de trânsito; QUE o mesmo informa está conduzindo uma motocicleta de PLACA: HYU-3122, RENAVAM: 00955204666, de sua propriedade; QUE saiu de sua casa para ir para casa de sua mãe, quando ao passar pelo local acima mencionado, uma outra motocicleta colidiu com o noticiante; QUE nesse momento, populares acionaram o socorro médico e em seguida o conduziu para a UPA de Morada Nova; QUE ao fazer os exames necessários foi constatado que o mesmo teria sofrido CORTE EM MENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA E DEFORMIDADE EM



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Impresso nº 2022571088



BOLETIM DE Ocorrência Nº 504 - 759 / 2022

CLAVICULA DIREITA, COMPATIVEL COM FRATURA; QUE foi transferido para Fortaleza e ao chegar la, foi submetido a procedimentos para tratar os ferimentos; QUE o noticiante afirma ter como testemunhas do acidente as pessoas de nomes:Alexsandro Freitas Fernandes, residente no Sitio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:637.819.213-87, RG:98097155803 e Maria Karina Nogueira Rodrigues, residente no Sitio CH2 Setor 12, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:054.528.543-71, RG:20071338375; (documentos em anexo);QUE o noticiante afirma está prestando informações nesse Boletim de ocorrência, nesta Delegacia de Polícia para dar entrada no SEGURO DPVAT; QUE o noticiante afirma está ciente de que todas as informações prestadas neste boletim de ocorrência é de sua responsabilidade. E nada mais disse////////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

a

CICERO ROGERIO DA COSTA - MAT.: 3011888x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Erivelton Nunes de Almeida

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

ERIVELTON NUNES DE ALMEIDA - MAT.: 79111082

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/10/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8147322

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05438

CONTA: 000000511251

Número da Autenticação

91DFDE7D807A5EB9



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
RUA FRANCISCO MONTEIRO MAIA, 99 - CENTRO
MORADA NOVA/CE - CEP: 62940-000 - CNPJ: 07.676.836/0001-50
FONE: (88) 3422-1377 / PLANTÃO: 99910-1711 - www.saaemn.com.br

INSCRIÇÃO	CLASSE	TARIFA	RI	COM	IND	PUB	OUT	MÊS/FAT
0016218.7	PAR	R-1	01					05/2022
HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	1.ª ALIQUOTA	FATURA					
A09X085752	01/06/09	00.30.43.0000000130	220082552					

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO
PIMN - SETOR 1 10, A, PIMN - CH1
CEP: 62.940-000 MORADA NOVA-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		40,88

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR.: 1046	11/04/22
ATUAL.....: 1049	09/06/22
CONSUMO...: 04	DIAS: 28
LEITURISTA: 39	OCO: 00

ULTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 6 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO: 02-MNO-ETA 2 PERÍODO: 02/05/22 À 02/05/22

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL	ANÁLISE	VALOR MÉDIO
COR	ATE 15UH	01		8,00
PH	6,0 A 9	01		7,78
CLORO	ATE 5,0	01		1,00
TURBIDEZ	ATE 5UT	01		0,06
FLUOR	ATE 1,5	01		1,00

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO **10/06/2022** VALOR R\$ **40,88**

SAAE, HÁ 60 ANOS SERVINDO
A POPULAÇÃO MORADANOVENSE!

VISITE E EMITA A SUA 2ª VIA NO SITE.
www.saaemoradanovace.com.br

ARIS CE 1,50% valor R\$0,61

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
RUA FRANCISCO MONTEIRO MAIA, 99 - CENTRO
MORADA NOVA/CE - CEP: 62940-000 - CNPJ: 07.676.836/0001-50
FONE: (88) 3422-1377 / PLANTÃO: 99910-1711 - www.saaemn.com.br

0016218.7 ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO 05/2022

VENCIMENTO **10/06/2022** VALOR R\$ **40,88**

SAAE 0016218 05/22 220082552
82670000000-1 40880262001-8 62180522220-8 08255200004-2





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 759 / 2022

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/05/2022 10:52:51**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2020 22:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT. SETOR 1 PIMN - MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**
ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**
Email:

Noticiante(s)

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**
ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**
Email:

Histórico

Cientificado (a) do teor dos arts. 339 (denúnciação caluniosa), 340 (comunicação falsa de crime ou contravenção) e 342 (falso testemunho) do Código Penal, afirma o (a) noticiante Eliangelo Sampaio do Nascimento, residente no Sítio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF: 976.512.143-15, RG: 99015049255, CNH: 03733211200; QUE, no dia hora e local acima informado, foi vítima de um acidente de trânsito; QUE o mesmo informa está conduzindo uma motocicleta de PLACA: HYU-3122, RENAVAM: 00955204666, de sua propriedade; QUE saiu de sua casa para ir para casa de sua mãe, quando ao passar pelo local acima mencionado, uma outra motocicleta colidiu com o noticiante; QUE nesse momento, populares acionaram o socorro médico e em seguida o conduziu para a UPA de Morada Nova; QUE ao fazer os exames necessários foi constatado que o mesmo teria sofrido CORTE EM MENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA E DEFORMIDADE EM



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Impresso nº 2022571088



BOLETIM DE Ocorrência Nº 504 - 759 / 2022

CLAVICULA DIREITA, COMPATIVEL COM FRATURA; QUE foi transferido para Fortaleza e ao chegar la, foi submetido a procedimentos para tratar os ferimentos; QUE o noticiante afirma ter como testemunhas do acidente as pessoas de nomes:Alexsandro Freitas Fernandes, residente no Sitio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:637.819.213-87, RG:98097155803 e Maria Karina Nogueira Rodrigues, residente no Sitio CH2 Setor 12, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:054.528.543-71, RG:20071338375; (documentos em anexo);QUE o noticiante afirma está prestando informações nesse Boletim de ocorrência, nesta Delegacia de Polícia para dar entrada no SEGURO DPVAT; QUE o noticiante afirma está ciente de que todas as informações prestadas neste boletim de ocorrência é de sua responsabilidade. E nada mais disse////////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

a

CICERO ROGERIO DA COSTA - MAT.: 3011888x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Erivelton Nunes de Almeida

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

ERIVELTON NUNES DE ALMEIDA - MAT.: 79111082



**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

**Página
01**

SETOR: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

NOME: Elizângela Sampaio do Nascimento
IDADE: 37 DATA DE NASCIMENTO 03/06/83 SEXO: masculino

O Sr. (a) será submetido (a) a um exame de **Tomografia Computadorizada**. Para obtenção das imagens é utilizada a **Radiação Ionizante (Raios X)**. Para a maior segurança, durante o exame utilizamos técnicas e aparelhos que reduzem ao máximo a dose de radiação ao que o paciente é exposto.

Não existe diferença significativa de densidade entre os órgãos e estruturas do nosso organismo, dificultando desta forma a detecção de eventuais doenças. A solução encontrada para isto foi a utilização do meio do contraste, seja ele oral, venoso, retal, etc. O meio de contraste venoso utilizado na Tomografia tem como **substância base o IODO**.

A utilização ou não do meio de contraste será decidida pelo médico radiologista na hora de seu exame, desde que previamente autorizado neste documento.

Reações adversas ao meio de contraste podem ocorrer, e na grande maioria das vezes são consideradas reações leves (reações de pele, náuseas, etc). Reações adversas graves, inclusive com risco de vida, podem ocorrer, entretanto são extremamente incomuns, com incidência variando entre 1 para 100.000 a 1 para 100.000 exames contrastados realizados. Incidência menor que o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito.

Declaro que li o Termo, compreendi e pude esclarecer dúvidas com a Equipe de Saúde antes da realização do exame de Tomografia Computadorizada e administração do contraste, se necessário.

AUTORIZO USO DO CONTRASTE ☐ SIM ☒ NÃO

Elizângela Sampaio do Nascimento
Assinatura do paciente e/ou Responsável

Assinatura do médico radiologista

Fortaleza- Ceará ____/____/____.

Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Idade: 37

Data: 31/08/2020 12:54:29

Sexo: Masculino

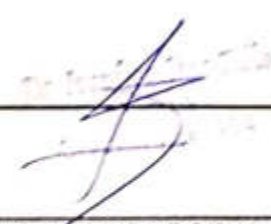
CPF: 97651214315

BAE: 201630

AO TRAUMATOLOGISTA

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO ONTEM A NOITE, SEM CAPACETE.
APRESENTOU FRATURA EM 1/3 MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.

SOLICITO AVALIAÇÃO.


Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO
21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:
62846920 Fone:

Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Idade: 37

Data: 31/08/2020 12:54:29

Sexo: Masculino

CPF: 97651214315

BAE: 201630

AO TRAUMATOLOGISTA

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO ONTEM A NOITE, SEM CAPACETE.
APRESENTOU FRATURA EM 1/3 MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.

SOLICITO AVALIAÇÃO.


Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO
21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:
62846920 Fone:

Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO
Data: 31/08/2020 12:56:17
Sexo Masculino
CPF: 97651214315
Idade: 37
BAE: 201630

MOBILIZAÇÃO DO MSD

TIPOIA

Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO
Data: 31/08/2020 12:56:17
Sexo Masculino
CPF: 97651214315
Idade: 37
BAE: 201630

IMOBILIZAÇÃO DO MSD

TIPOIA

Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO

21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:
CNPES: 6205487920 Fone:

Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO

21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:
CNPES: 6205487920 Fone:



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Endereço: AV. MANOEL DE CASTRO, 855, CENTRO, CEARA - CE, 62940000
Tel. - CNEB: 0263672

Paciente ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO	BAE 201571	Data/Hora Entrada 30/08/2020 22:34:12	Data Baixa 2020-08-31 00:10:45.0
Data de nascimento 03/06/1983	Idade 38a 9m 6d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (88) 992593933
Mãe MARIA JOSE DE FREITAS			Prontuário 94342
Endereço SETOR 1, 10 - PIMN	Bairro CENTRO	Município MORADA NOVA	UF CE
Acidente	Motivo	Profissional JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO	Nº Cons. Regional 21464/CE
Data/Hora Classificação 30/08/2020 22:34:12		Data/Hora Prescrição 30/08/2020 23:50:30	

ANAMNESE

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ POUCAS HORAS, NO MOMENTO COM GLASGOW 15, COM CORTE EM MENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E DEFORMIDADE EM CLAVICULA DIREITA COMPATÍVEL COM FRATURA. CD: REALIZO SUTURA DA LESÃO EM MENTO. SOLICITO RX DO OMBRO DIREITO. SINTOMÁTICOS.
(30/08/2020 23:50:30 JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO)

MEDICAMENTO

DICLOFENACO DE SODIO 75 MG/3ML, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, IMEDIATO (31/08/2020 00:10:45) ✓
ROSEMARY FERNANDES DAS CHAGAS Técnico de enfermagem

CID10

V29.9 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Data e Hora
31/08/2020 00:10:45

Observações:

Usuário
JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO

Motivo da alta
ALTA DA UNIDADE

Rafael Jaguar
Medic
CREMEC

Enfermeiro

JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO
(CRM: 21464/CE)



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
R AGUANAMBI, 1827 - FATIMA (11)633533-3369
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO às 09:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 03/09/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BVZJD90B3S2K0

Solicitacao da Senha : 03/09/2020 08:50:35

- SISTEMA HAPVIDA -
PROTOCOLO DE MARCACAÇÃO DE EXAME
=====

Usuario: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENT
Fone : 85994104180

Credencial: A8030000051004

Exame: TC CRANIO (SEM CONTRASTE) Local: ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP LUIZ FRANÇA

Prestador: LUIS ANTONIO SILVA DE SOUSA

Data: 27/10/2020 15:10

Operador: REGILSF

Marcacao:

PREPARAÇÃO
=====

HOSPITAL LUIS FRANÇA

AV. HERÁCLITO GRAÇA N° 60
(CENTRO)

REFERÊNCIA: ENTRE A RUA
VISCONDE DO RIO BRANCO E
AV. DOM MANUEL

FONE: 32774058



ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RESSONANCIA MAGNETICA - HAPFOR
NºPedido: 38271866

Data 10/09/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 14028476 ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Nascimento.: 03/06/1983 Sexo: M RG.: 99015049255 SSP CE CPF.: 97651214315

Endereco...: R SETOR 1 10 GIRILANDIA MORADA NOVA CE 62940000

Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: A8030000051004017

Solicitante: Dr(a) LUCIANA MAGALHÃES L

Queixa Principal:

Exame:

RM DE CRANIO

!gle|V"

6873668951

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

TÉCNICA

Foram obtidas imagens multiplanares do crânio nas sequências pesadas em T1, T2, T2*, FLAIR e Difusão. Realizadas aquisições ponderadas em T1 em múltiplos planos após a administração do meio de contraste paramagnético.

COMENTÁRIOS

Fina lâmina de hematoma subdural agudo na região temporoparieto-occipital à direita, com extensão ao território cerebelar e ao aspecto posterior da foice cerebral, com espessura de 0,3 cm.

Hematoma intraparenquimatoso circundado por edema no lobo temporal direito, determinando apagamento dos sulcos locorreionais, medindo 3,1 x 2,7 cm.

Múltiplos focos de marcado baixo sinal em T2* em situação subcortical na convexidade frontoparietal bilateral, sugerindo micro hemorragias.

Parênquima cerebral restante com intensidade de sinal dentro dos padrões da normalidade.

Cavidades ventriculares de forma, topografia e dimensões normais.

Cisternas da base, cissuras e demais sulcos da convexidade de aspecto compatível com a faixa etária.

Cerebelo e tronco cerebral com intensidade de sinal normal.

FERNANDO MOTA DE CARVALHO - CRM 11747-CE



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
R AGUANAMBI, 1827 - FATIMA (11)633533-3369
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO às 09:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 03/09/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BVZJD90B3S2K0
Solicitacao da Senha : 03/09/2020 08:50:35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DO PARLAMENTO NACIONAL DE PROSSOITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

DOC IDENTIFIC / DMS ENREGISTRO
99015049255 SSP CE

CPF
976.512.143-15 DATA NASCIMENTO
03/06/1983

FORMAÇÃO
ORLANDO SAMPAIO DO
NASCIMENTO
MARIA JOSÉ DE FREITAS

PERMISSÃO
ACC
CATAR
AB

Nº REGISTRO
03733211200 VALIDADE
23/03/2023 1ª EMISSÃO
13/08/2005

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
HORADA NOVA, CE DATA EMISSÃO
11/04/2018

89619872108
CE164321012

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1637931103

PROIBIDO PLASTIFICAR
1637931103

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3220041937 3 - CPF da vítima: 976.512.143-15 4 - Nome completo da vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 976.512.143-15

7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA SETOR 1 9 - Número: 10 10 - Complemento: PERÍMETRO

11 - Bairro: PIMN 12 - Cidade: MORADA NOVA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62940-000

15 - E-mail: ELIANGELO.SAMPAIO@OUTLOOK.COM 16 - Tel (DDD): (85) 99259 3933

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 5438 0 CONTA: 0511251 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/falecido? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Intenção especial da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____
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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220041937 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/08/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.4,6 ANEXO ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220041937 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/08/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.4,6 ANEXO ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023313/22

Número do Sinistro: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

CPF: 976.512.143-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2020

Titular do CPF: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023313/22

Número do Sinistro: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

CPF: 976.512.143-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2020

Titular do CPF: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023313/22

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

CPF: 976.512.143-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2020

Titular do CPF: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO : 976.512.143-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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