

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ELIPE OSIEL SOUSA PEREIRA

PORTADOR/A DO RG Nº 2006005087491 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 04/04/2006 E

CPF 029776748-35 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO ---

AUTÔNOMO E RENDA MENSAL DE R\$ --- NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIPE OSIEL SOUSA

PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA.

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO --- Nº AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE ---

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA ---

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 0237-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA 23704-5

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA ---

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA ---

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CRATOIS - CEARÁ

DATA 24/07/2013

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Elipe Osiel Sousa Pereira

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue no número 1004039* de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, determina que as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas físicas e jurídicas que contratam seguro, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



as seguradoras
ve conter, além

Transferência de conta-corrente para poupança

SISBB - Sistema de Informações Banco do Brasil - 30/01/2013 - Autoatendimento BB - Hora: 18:12:00
Agência: 237-2 - Conta: 21383-7 - Cliente: JULIO CEZAR MOURAO SANTOS

Debitado

Agência: 237-2
Conta: 21383-7
Nome: JULIO CEZAR MOURAO SANTOS

Valor: 10,00

Creditado

Agência: 237-2
Conta: 23104-5
Nome: FELIPE OSIEL S PEREIRA
Variação: 51

Data: Nesta data

* Declaro-me ciente e de acordo que os créditos em poupança efetuados a partir de 04/05/2012 estão disciplinados pela Medida Provisória 567/2012.

**RECIBO BB**

15 MAR 2013

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



BR 226, KM 03, S/N - Venâncios - Crateús/CE. Fone (FAX): (38) 3692-3504



Nº da Ocorr.: 129/2013 - DPVAT

Data Reg.: 22/01/2013

Fone:

Nome:

FELIPE OSIEL SOUSA PEREIRA

Filiação:

JOSÉ PEREIRA NETO e EVANEIDE SOUZA PEREIRA

Endereço:

Rua Cel. Totó, nº. 1208, Casa B, Centro, Crateús - Ce.

Número do C.P.F.

029.716.173-35

Número da Identidade:

2006005081491 SSP-CE

Natureza da Ocorrência:

ACIDENTE DE TRANSITO

Local da Ocorrência:

BR 226, trecho que liga o Distrito de Cruzeta a Sede do município de Independência - Ce.

HISTÓRIO DA OCORRÊNCIA: Informa o registrante que no dia 22/12/2012, por volta das 12h00min, sofreu um acidente de trânsito, quando conduzia o VEÍCULO marca/modelo VW/GOL 1.0, ano fab/mod 2011/2012, cor CINZA, placa OCM 7786/CE, chassi 9BWAA05UXCT064608, licenciada em nome de EVANEIDE SOUZA PEREIRA, veio a perder o controle e capotar após sobrar em uma curva devido a estrada está em reforma, que após o ocorrido o registrante acionou via celular familiares que se dirigiram até o local do acidente e dali foi socorrido para o Hospital da Unimed desta cidade de Crateús - Ce, onde submeteu-se a cuidados médicos e foi constatada as lesões decorrentes do acidente, conforme cópias em anexo. Que apresenta como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: FRANCISCO RAYLTON RIBEIRO GOMES, portador do RG nº. 20070079875 SSP-CE, CPF nº. 044.574.993-82 e CARLOS KLECIO SOUSA PEREIRA, portador do RG nº. 20072768503 SSP-CE, CPF nº. 880.383.603-97. E nada mais havendo encerra-se o presente que lido vai assinado.///////

João Cosmo de Lima Filho
Escrivão de Polícia Civil
Mat: 193319-1-1

FELIPE OSIEL SOUSA PEREIRA
Responsável pelo Registro

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do registrante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do Código Penal Brasileiro).

ENCERREDO

145 MAR 2013

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Por este instrumento particular de declaração, eu abaixo assinado, Sr.(a) FELIPE OSIEL SOUSA PEREIRA, brasileiro (a), portador (a) do (a) RG Nº. 2006005087497 expedido por SSP-CE em 04/04/2006 e CPF Nº. 029.776.173-35, DECLARO, para os devidos fins e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) no(a) RUA MANOEL IDEALFONSO Nº 942, município de CRATEÚS - CE, CEP nº. 63.700-000. **TELEFONE PARA CONTATO (88) 3691-2260 ou (88) 9968-0286**

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que por ventura a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

CRATEÚS - CE, 29 de JANEIRO de 2013.

x [Assinatura]
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECEBIDO F&Z

15 MAR 2013

LAUDO MÉDICO (ALTA DEFINITIVA)

NOME COMPLETO DO MÉDICO:

JOSÉ FÉ

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



NOME COMPLETO DO PACIENTE:

FELIPE OSIEL SOUSA PEREIRA

DATA DO ACIDENTE:

22 DE DEZEMBRO DE 2012

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO MODERADO (SISTEMA NERVOSO CENTRAL);

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

22/12/2012 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO MODERADO (SISTEMA NERVOSO CENTRAL);

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA TOTAL.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO MODERADO (SISTEMA NERVOSO CENTRAL) COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE EM 30% (TRINTA POR CENTO);

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI E/OU REAVALIEI O PACIENTE ACIMA CITADO E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Crateús - Ce., 28 de Fevereiro de 2013.

DR. JÚLIO FERNANDES
MÉDICO
CREMEC 6029

alta
definitiva

NOME, ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE E CRM

ENCESIDADO EM

15 MAR 2013

Felipe Osiel Sousa Pereira
ASSINATURA DO(A) PACIENTE

TO: DIRECTOR, FBI (100-371091)

FROM: SAC, ALBUQUERQUE (100-1000)

SUBJECT: MURDER OF MARTIN LUTHER KING, JR.

RE: ALBUQUERQUE TELETYPE TO BUREAU, OCTOBER TWENTY, FORTY FIVE.

FOR INFORMATION OF THE BUREAU, THE FOLLOWING IS A SUMMARY OF THE INVESTIGATION CONDUCTED BY THE ALBUQUERQUE OFFICE SINCE THE ABOVE MENTIONED TELETYPE WAS RECEIVED:

ON OCTOBER TWENTY, FORTY FIVE, THE ALBUQUERQUE OFFICE RECEIVED A TELEPHONE CALL FROM AN INDIVIDUAL WHO OFFERED TO ASSIST IN THE INVESTIGATION OF THE MURDER OF MARTIN LUTHER KING, JR.

THE INDIVIDUAL STATED THAT HE HAD INFORMATION CONCERNING THE MURDER OF MARTIN LUTHER KING, JR. AND WANTED TO ASSIST THE FBI IN THE INVESTIGATION. HE STATED THAT HE HAD BEEN CONTACTED BY AN INDIVIDUAL WHO OFFERED HIM A LARGE SUM OF MONEY TO ASSIST IN THE MURDER OF MARTIN LUTHER KING, JR.

THE INDIVIDUAL STATED THAT HE HAD REFUSED THE OFFER AND WANTED TO REPORT THE MATTER TO THE FBI. HE STATED THAT HE HAD BEEN CONTACTED BY THE INDIVIDUAL AGAIN AND WANTED TO REPORT THE MATTER TO THE FBI.

THE ALBUQUERQUE OFFICE IS CURRENTLY CONDUCTING AN INVESTIGATION OF THE MATTER AND WILL REPORT THE RESULTS OF THE INVESTIGATION TO THE BUREAU.

THE ALBUQUERQUE OFFICE IS CURRENTLY CONDUCTING AN INVESTIGATION OF THE MATTER AND WILL REPORT THE RESULTS OF THE INVESTIGATION TO THE BUREAU.

VERY TRULY YOURS,

WILLIAM J. BURNETT, SAC

100-1000-1000

Receituário

Paciente: Felipe Ariel Faria Pereira

(Caudal)

O mesmo sofreu capotamento
de automovel dia 22.12.12,
apresentando TCE moderado, contu-
sas dorsais, ficando em
observação p/ 3.12h; recebe
alta a ainda e orientações
de repouso...

DR. JÚNIOR FERNANDES
MÉDICO
CREMEC 6029



Crateús - Ce
Nossa especialidade é cuidar de você.

RECEBIDO EM

23/12/12

15 MAR 2013



12 1 2 1 2

Ext. E. 17

31 1 2 3

Q47: 4135.00

13. **Answers:** Lines 1-2: 1000

CRM

71.259

6

CNPT: 41.315.63

7.2.1.6. Alterations to Unimpacted Craters

03

7. la escoria incluída en carne es aquella que se deposita en
carne, músculo y tejido blando de una carcasa.
No es carne propiamente dicha y no cuenta MMS, MMSJ ©

۱۱

1995

Anterior cruciate ligament

RECEBIDO EN

115 MAR 2013

22 12 12

with v. l. ± 13.1 and 5.

22 12

~~Autor~~

ANAMNESE DO PACIENTE**PACIENTE:** FELIPE OSIEL SOUSA PEREIRA**D/N:** 22/05/1988 **IDADE:** 24 anos, 7 meses**ENDEREÇO:** Rua MANOEL IDELFOSO, 942 -**CONVÊNIO:** UNIMED TIPO DE PLANO: EST/ENF CARTEIRA: 2120020032888093 VALIDADE: 31/12/2013**DATA:** 22/12/2012 **HORA:** 16:45**QP:** acidente de carro com dor difusa em coluna vertebral**H.D.A.:** queixa de cefaléia, sem vômitos. Refere episódio de hemoptóico**HPP:****ANTECEDENTES FAMILIARES:****EXAME FÍSICO****TAX:****PA:** 130x90**ESTATURA:****PULSO:****AR:****ACV:****PESO:****IMC:****OROFARINGE:****OUVIDO:****ABDOMEM:**

pupilas fotoreativas

MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: movimentação presente**EXAMES SOLICITADOS****HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:** trauma cervical?**DIAGNOSTICO DEFINITIVO:** internamento hospitalar**CONDUTA:** internamento hospitalar**OBSERVAÇÕES:**

Dr. Gilson Karle B. Brandão





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

FRILFE OSETEL SOUZA FERREIRA

DOCUMENTOS / OUTROS
20060050814917 SSP CE

CPF 029.716.173-35 Data de Nascimento 22/05/1980

RENASCIMENTO JOSÉ PEREIRA NETO
EVANILDE SOUZA PEREIRA

Validade 13/10/2016 25/11/2006

VALIDA EM TODAS
O TERRITÓRIO NACIONAL
519366660

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
519366660

LOCAL CHATROS CE Data de Emissão 08/11/2013

19041766041
CE127807954

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO

RECEBIDO EM
15 MAR 2013



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FELIPE DIEG SOUSA PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 2006005 087497 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.776.773-35, residente e domiciliado na RUA MANOEL LOPELSONO, nº 942, Cidade CRATEU'S -, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Felipe Dieg Sousa Pereira

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

RECEBIDO EM

15 MAR 2013

Cratueis - CE, 29 de janeiro de 2013

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da
carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/ME sob o nº _____
residente _____ e domiciliado _____ na
Cidade _____.

Estado _____, declaro sob as penas da lei,
que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de

reconhecimento de identidade do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias

para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com

prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para

a cobertura de despesas inevitáveis permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre,

solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a

apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em não submeter a

perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e

atenção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa

prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso

discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Local e data