

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

090 225 03304

Nome completo da vítima:

Ronaldo Paul Gomes Machado

Nome completo:

Ronaldo Paul Gomes Machado

Profissão:

Estudo Superior

Bairro:

Centro

Endereço:

Rua 100, Centro

Cidade:

Nova Russas

Estado:

Ceará

CEP:

62203-000

Tel.(DDD):

88/99459-8121

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (43)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

Nome do BANCO:

Ronco do Brasil

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3408

CONTA:

34513

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e/ou ressarcimento 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 apelhado, volto a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

090 223 03-04 Ronaldo Raul Gomes Madureiro

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

Nome completo:

Profissão:

RECUSO INFORMAR

Endereço:

Localidade: Cachoeiro

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Zone rural

Cidade:

Nova Russas

Estado:

Ceará

CEP:

62303-000

E-mail:

Tel. (DDD) (35) 99459-8125

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1409

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 34.511

(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (velho): 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:

Pratius 26/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Janires Gomes Carneiro
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome: COMPREV SEGUROS
E. PREVIDÊNCIA S/A.
CPF:

Assinatura
Nº: 22 JAN 2013

Assinatura

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE NOVA RUSSAS
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL



CARTÓRIO FERNANDES

1º OFÍCIO

INSTITUTO DE NOVA BETÂNIA
COMARCA DE NOVA RUSSAS-CE
CNPJ: 01.415.443/0001-06

FRANCISCO DA SILVA FERNANDES
OFICIAL, RTU

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 2.236

CERTIFICO que às fls.41-V, do Livro N.ºA-07, de Registro de Nascimentos, foi lavrado aos 30 de março de 2009, o assento de, **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**, nascido aos vinte e nove(29)de março de dois mil e nove (2009), às 4:00 horas e 15 minutos, em Nova Russas Ceará, do sexo: masculino. Filho de: **Francisco de Souza Madureiro e de Maria Jamires Gomes Carneiro**. Sendo avós paternos: Expedito Madureiro Lourenço e Antonia de Souza Madureiro e maternos: Rita Neziana Gomes Carneiro. Foi declarante o pai do registrado. Serviram de testemunhas, Antonio Gabriel Gomes Carneiro e Maria Neuda Alexandrino Silva. Observação: Nenhuma. O referido é verdade e dou fé. ////////////

Nova Betânia (Ce), 30 de março de 2009.

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE NOVA RUSSAS
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL



CARTÓRIO FERNANDES

1º OFÍCIO

DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
COMARCA DE NOVA RUSSAS-CE
CNPJ: 01.16.432/0001-06

FRANCISCO DA SILVA FERNANDES
OFICIAL, FERNANDES

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 2.236

CERTIFICO que às fls.41-V, do Livro N.ºA-07, de Registro de Nascimentos, foi lavrado aos 30 de março de 2009, o assento de, **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**, nascido aos vinte e nove(29)de março de dois mil e nove (2009), às 4:00 horas e 15 minutos, em Nova Russas Ceará, do sexo: masculino. Filho de: **Francisco de Souza Madureiro** e de **Maria Jamires Gomes Carneiro**. Sendo avós paternos: Expedito Madureiro Lourenço e Antonia de Souza Madureiro e maternos: Rita Neziana Gomes Carneiro. Foi declarante o pai do registrado. Serviram de testemunhas, Antonio Gabriel Gomes Carneiro e Maria Neuda Alexandrino Silva. Observação: Nenhuma. O referido é verdade e dou fé. ////////////

Nova Betânia (Ce), 30 de março de 2009.

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil



PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

CNS:300906985493397 RG:

Estado do Ceará - Secretaria de Saúde 17.28
MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO
SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

17:28

COMPRE SEGUROS
E PREVENDA S.A.

14 SET 2019

COPIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Ronaldo Paul Gomes Madureiro

Est. Civil: 0 Sexo: M Data do Nasc. 29/03/2009 Idade: 8

Naturalidade: Novo - Russas Ce Prof.: Estudante

Procedênciar Acidente de Trânsito

Residências Passareira

Filiação: Francisco de Souza Machado

Conjuge: Maria famílias Grimes Corneiro

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente vítima de acidente de trânsito (queda de moto) evoluindo com dor e edema em tornozos esquerdos / calcaneos (E)

4. PESO: 21 KG:

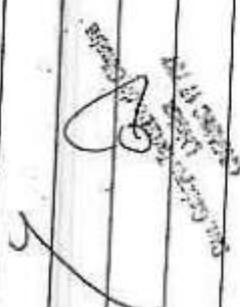
5. - P.A.

6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

of Maria Jamieson's mother's name

Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
26/02/18	<p>① Depiron 0,7ml (14)</p> <p>② Rx de tópico/calcídeo ③ Facil enemas/ homecô ④</p> <p>⑤ Referência p/ Ortopedista</p> <p>⑥ Sust CGP</p> 	

14 SET 2018

COPIA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000000034511-3

Nr. da Autenticação F3BB7442A1031AC7



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS
Rua General Sampaio, 1162 - Centro - Cep: 62.200-000
Nova Russas - CE - Fone (88) 3672.1212

CONTA D'ÁGUA

INSCRIÇÃO

0010463.4

CLS

CAT

TAN

ECO

INCLUSÃO EM

Nº CONTA

EMISSÃO

MÉS/FAT

PAR 100 R-1 001 01/06/06 180016808 06/03/2018

FEV/2018

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO
LOCALIDADE DE CACHOEIRA,
ZONA RURAL
NOVA RUSSAS

Cep: 62.200-000
CEARA

LOCALIZAÇÃO
00.04-10.0000000460

ENDERECO DE ENTREGA

HIDROMETRIA

HIDROMETRO
ADRESSE 0174859
LEITURA ANTERIOR 00149
LEITURA ATUAL 00151
CONSUMO 00002
CORRÉNCIA 00006

DATA DA INSTALAÇÃO

DATA LEITURA

DATA LEITURA

DATA LEITURA

DATA DE CONSUMO

DATA DE CONSUMO

LEITURISTA

003

SERVICOS E TARIFAS

DATA DA INSTALAÇÃO	COG.	DESCRIÇÃO	CT	PRES	VALOR
24/05/2017	001	AGUA			15,96
16/01/2018	016	Multa por Atraso - 12/2017			0,34
13/02/2018	017	Encargos (12/2017) 16 dias			0,16

PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUIDA
Portaria 518 de 20/03/2004 - Valores máximos permitidos

Reservatório	Cx. d'Água	Portaria	DATA
Permanente	01	01/06/06	00.04-10.0000000460
Padrão	02	00.5.2	
Outros	03	00.5.2	
	04	00.5.2	
	05	00.1.2 mg/l	
	06	Cat. Tripla	

MENSAGENS
2º Via da Conta Mensal

MULTA
2% 0,33 CARGOS DIARIOS 0,03% 0,01 MÉS/DEMÉRITO
FEV/18 00002 000 JAN/18 00003 000
DEZ/17 00002 000 NOV/17 00005 000
OUT/17 00004 000 DEZ/17 00001 000
MÉDIA: 00002

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS
Rua General Sampaio, 1162 - Centro - Cep: 62.200-000
Nova Russas - CE - Fone (88) 3672.1212

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,
NOVA RUSSAS - CEARA

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

MÊS/FAT
FEV/2018
LOCALIZAÇÃO
00.04-10.0000000460

0010463.02.18.180016808 016460264001.7 04630218180.6 01680800002.6

NÃO AUT. AUTENTICAÇÃO NO VERSO



SABEMI SEGURADORA S/A
11 JUL 2018
RECEBIDO

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA
 End. Lote/rua: RUA DOR MOURA FE, 937, SAO VICENTE
 Cidade: CRATEUS¹ CEP: 63.700-000
 End. Detalhe:
 Qdade:
 Local: 029 Série: 011 Oficina: 0048 Lote: 0260 Comp: 0000

ECONOMIAS

Balanço: 001 | Comercio: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE INSCRIÇÃO

Identificador	Linha Anterior	Linha Atual	Motivo(s)	Mês da InSCRIÇÃO
AGUA A07F336660	268	278	20	19

DATAS

Linha Atual: 13/08/2018 | Subsídio: 24/08/2018 | Lata Água: 13/08/2018 | Lata Esgoto: 13/08/2018

CUMULATIVA ÁGUA DESTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

NP de Recolhida	Class.	Unidade	Cor	Coletor/Res. Totaliz.	Escoamento Col.
Subjetiva	051	051	010	051	051
Acolhida	051	051	011	051	051
Out. confirmada	051	049	006	059	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos débito de R\$ 123,36. Caso pago, desconsiderar.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

EMISSÃO - UN - GEREM-LJ CRATEUS CENTRO 24/08/2016 11:23:40

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
Descrição	Unidade	Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)	
AQUA		81,75			
ESGOTO		88,55	JUL/2017 21	16	
MULTA DE 2%	1/1	2,43	AGO/2017 17	13	
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	2,15	SET/2017 16	12	
EMISSAO 2A VIA FATURA	1/1	1,00	OUT/2017 17	13	
ATENDIMENTO(S): [130411522]			NOV/2017 18	14	
			DEZ/2017 18	14	
			JAN/2018 24	19	
			FEV/2018 19	15	
			MAR/2018 15	12	
			ABR/2018 19	15	
			MAY/2018 17	13	
			JUN/2018 23	18	

VALORES SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO		
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	
PIS	1,49	VALOR DO SERVIÇO	155,88	
COFINS	7,45	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00	
		VALOR TOTAL A PAGAR	155,88	

PERÍODO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2018	03/08/2018	155,88

É obrigatório do usuário regular seu cadastro anualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Horário: Informações pelo telefone: 0800 275 0195, nos dias de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.ce.gov.br ou na endereço: Cagece, 3161, 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Consulta estatal: 133. Site da ARCE: www.arce-regulador.br



COMPRE SEGUROS
E PREVIDÊNCIA DA

14 SET 2018

DADOS DO CLIENTE				
Identific.: 0027575748	Código de Recolhimento:			
Local: 029	Refer.: 11	Qdade: 0048	Lote: 0260	Comp: 0000
Cidade: CRATEUS				Total (R\$): 155,88

82670000001-9 55880009700-5 02757574801-0 00076131025-9



SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS
 Rua General Sampaio, 1162 - Centro - Cep: 62.200-000
 NOVA RUSSAS-CEARA Nova Russas - CE - Fone (88) 3672.1212

CONTA D'ÁGUA

INSCRIÇÃO

0010463.4

CLS

CAT

TAR

EDC

INCLUSÃO EM

Nº CONTA

EMB

EMB

DATA

001

01/06/06

180016808

08/03/2018

MES/FAT

FEV/2018

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO
 LOCALIDADE DE CACHOEIRA,
 ZONA RURAL
 NOVA RUSSAS

Cep: 62.200-000
 CEARA

LOCALIZAÇÃO
 00.04.10.0000000460

ENDERECO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA

HIDROMETRO	DATA DA INSTALAÇÃO	CON.	SERVIÇOS E TARIFAS		
AD8080174859	24/05/2012	001	DATA DA INSTALAÇÃO	CT	MES/FAT
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA	016	01/06/06	PREST	VALOR
00149	16/01/2018	017	Multa por Atraso - 12/2017		15,96
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA		Multa por Atraso - 12/2017		0,34
00151	23/02/2018		Encargos (12/2017) 16 dias		0,16
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO	028			
00002		029			
OCORRÊNCIA	LEITURISTA	003			
000					

ÚLTIMOS CONSUMOS

MES/FAT	CONS.	OCORR.	MES/FAT	CONS.	OCORR.
FEV/18	00002	000	JAN/18	00003	000
DEZ/17	00002	000	NOV/17	00005	000
OUT/17	00004	000	SET/17	00001	000
MÉDIA:	00002				

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA
 Portaria 018 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos
 Reservatório: CX.D'ÁGUA NV.BETANIA
 Parâmetros: Cor PH Corpo Turbidez Flora Col. Total
 Pedra: 800 1000 8000 8000 8000 8000 8000 8000
 Chão: 800 800 800 800 800 800 800 800
 Datas: 00/00/00 00/00/00 00/00/00 00/00/00 00/00/00 00/00/00 00/00/00 00/00/00

MENSAGENS
 2º Via da Conta Mensal

MULTA

2% 0,33 0,03% 0,01 MÊS/ES) EM DÉBITO
 JAN/2018

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

CONSUMIDOR

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

MES/FAT

FEV/2018

LOCALIZAÇÃO

00.04.10.0000000460

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

MES/FAT

FEV/2018

LOCALIZAÇÃO

00.04.10.0000000460

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,

NOVA RUSSAS - CEARA

NAME: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

ZONA RURAL

VENCIMENTO

09/03/2018

VALOR R\$

16,46

INSCRIÇÃO

0010463.4

END.

LOCALIDADE DE CACHOEIRA,



Esta é a segunda via de

NOV/2018

Utilize o nº. abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 550728874

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valadimino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.405.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.408 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 36 039005 01 041200
Nome: MARIA DAS GRACAS VIEIRA BRAZ
Endereço Postal

Medidor 3313121 Poste 0000 0000

Utilize o nº. abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE 1774998 0

VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
125,07End. da Unidade
Consumidora PV-CACHOEIRA 00000 AT BOA VISTA NOVA RUSSAS 62200000

RG / CPF / CNPJ 744.952.833-91 CGF

Classe BL - 01-RESIDENCIAL, MONOPÁSICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Anual () Leitura Anterior () Constante () Consumo (kWh) () Consumo Incl. () Consumo Faturado

DESCRICAÇÃO DA CONTA Quantidade () Tarifa () Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO 61 0,76459 46,63

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 22/11/2018 Prev. Próxima Leitura 21/12/2018

OUTROS PAGAMENTOS

QUOTA PROPORCIONA PARCEL MULTA JUROS CORRECÃO	0,28
MULTA MONITORIA	0,82
QUOTA PROPORC PARCEL, CONT JL.PUB INTERIOR	4,87
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL-ENT	4,99
QUOTA PROPORC. PARCEL/TAXA SERVICO	14,55
CUSTOS ADMINISTRATIVOS HF	16,76
QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 1,67)	38,17

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1E7C,E368,563E,98F4,8C88,B786,F66C,6407

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 46,63 Aliquota 27% Valor do Imposto 12,59

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	17,12
TRANSMISSÃO	1,82
DISTRIBUIÇÃO	9,75
ENCARGOS SETORIAIS	2,61
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	15,32

ÍNDIC DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

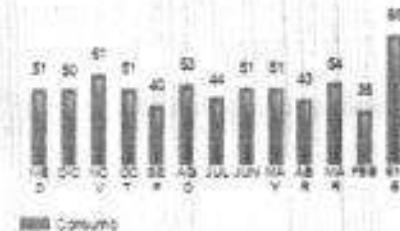
Veja a legenda no verso desta conta: CM: 9,57

Conjunto NOVA RUSSAS

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (m)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC (uri)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissões kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecologica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Este é o seu número de cliente

Nº do Cliente: 1774998-0 N° da Nota Fiscal: 550728874 Total a Pagar (R\$): 125,07
Data de Emissão: 02/01/2019 Referência: NOV/2018 N° de Controle: 0001774998 00531 4371 2 92

83880000001-25070031000-1 00017749980-0 05314371251-0



CONF
E P
75
100

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Wendereson P. da Silveira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503.12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Jamile Gomes Corrêa, inscrito (a) no CPF sob o N° 054.886.193.56, do sinistro de DPVAT cobertura uniautor, da Vítima Fernando Pauw Gomes Madureira, inscrito (a) no CPF sob o N° 090.221.039.04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

■ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	rua moema 51	Número	937	Complemento	acesso informar
Bairro	São Vicente	Cidade	Cratá	Estado	CEP
Estado		Telefone (comercial/DDD)	010 03700-000	Telefone celular (DDD)	180099459-8121

Cratá, 19 de junho de 2018
Local e Data

José Wendereson P. da Silveira
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA SIA
11 JUL 2018
RECEBIDO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=-1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Wenderon P. da Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.703.503.112, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Priscila Fernanda Gomes Corrêa inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.886.193.156, do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima comunhão Raul Gomes Madureiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.221.013.904, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

– Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

– Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	rua muira Fé	Número	937	Complemento	Resid. informada
Bairro	São Vicente	Cidade	Cratús	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(18) 199459-8121

Cratús, 19 de junho de 2018
Local e Data

José Wenderon P. da Silveira
Assinatura do Declarante

**COMPRE SEGUROS
E PESQUISE PLANOS**

14 SET 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GESSEI LOPES MARTINS

RG nº 992443, data de expedição 20/11/15,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 265.230.863-72 com
domicílio na cidade de NUNA RUSAS, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RUNAU> RAUL GOMES MANDRELLA cujo o condutor era
MARIA JAMIRLES GOMES CARNEIRO.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 FAN ES3

Ano: 2011

Placa: 001 8608

Chassi: 4C2KC1670BR020333

Data do Acidente: 26/02/18

Local e Data: _____

Gessi Lopes Martins
Assinatura do Declarante

Maria Jamires Gomes Carneiro

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Gessi Lopes Martins,
RG nº 99.244-3, data de expedição 20/12/185,
Orgão _____, portador do CPF nº 265.230.863-72, com
domicílio na cidade de Joinville, no Estado de
SC, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
nº _____.

complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ronaldo Paul G. Madureira cujo o condutor era
Flavia Jannires Gomes Carneiro.

Veículo: Onix
Modelo: Onix 1.0 16V Fan est.

Ano: 2013

Placa: OCJ 8608/1CF

Chassi: 9G2KC1670BRG20333

Data do Acidente: 26/10/21/2018

Local e Data: Joinville 17/12/2018



Gessi Lopes Martins
Assinatura do Declarante

Flavia Jannires Gomes Carneiro

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)





Estado do Ceará - Secretaria de Saúde / 7:28

MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO
SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

CNS.: 100 9069 8549 3897 RG: _____

Te. 92909291 N° Data: 26/02/18

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Renato Souza Gomes Madureira

Est. Civil: solteiro Sexo: masculino Data do Nasc. 29/03/2009 Idade: 8

Naturalidade: Nova Russas Ce Prof.: Estudante

Procedência: Aleijante de Trânsito

Residência: Residência da Família

Filiação: Doméstico de Souza Madureira

Conjuge: Maria Júnia Gómez Carneiro

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente estava de ciclone do trânsito (quebra de moto)

experiência com dor e edema em membros esquerdos / edema (E)

Ho: Fx do trânsito (E) / edema (E)

4. PESO: 21 KG: 5 - P.A. 7 6. TEMPERATURA: 36.8

7. EXAMES SOLICITADO:

Mano Júnia Gómez Carneiro
Ass: do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Gráfica Cítrica - (85) 315797-4777

SABEM SEGURODORA SIA

11 JUL 2018

RECEBIDO



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
132811	0001	RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO	700906985493897	
Documento	Conselho Nascimento		Estado Civil	Sexo
	2236		Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	8 Ano(s)
25/03/2009	NOVA RUSSAS/CE			
Nome		Map		
FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO		MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
CAMPO CACHOEIRA SN	ZONA RURAL	62203-000	NOVA RUSSAS	CE
Pessoas	Empresa	Conjugue		Telefone
MENOR				88 92252641
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
AURINEIDE MARQUES SILVA		CAMPÔ CACHOEIRA SN	NOVA RUSSAS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Colaborador	Matrícula	CID
27/02/2018	14:36	SUS		
Profissional de Atendimento			CRM/UF	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945/CE	
Indicador de Atendente			Funcionário	
			ANTONIA VIEIRA DA SILVA	
Observação				
trouxe guia 27/02/2018				
Saída				

Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (ppm)	R (ppm)	PA (mmHg)
Peso (kg)		35,7	82		

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 27/02/2018 15:23

Responsável pela Classificação: SAMARA MARTINS FERR

Relatório:

CRIANÇA VITIMA DE MOTO COM LESÃO EM MIE EDEMA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

fe tornozelo E a ferimento baix
 (1) nature de tornozelo
 fale bote



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

SABEMI SEGURODORA S/A

11 JUL 2018

Maria Jamires Gomes Carneiro
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: AURINEIDE MARQUES

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Ronaldo Raul Gomes Madureira Prontuário N° _____

Sexo: M F Data de Nascimento 29/03/09 Ocupação: _____

Endereço: Cacharal Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:

Criança, 8 anos, esfundo com dor e edema em tornozelo esquerdo
após trauma contuso

Resultado de Exames:

Solicita Rx de tornozelo (E), avaliação e conduto ortopédico.

Consulta já Realizada:

Analgesic

Impressão Diagnóstica: Rx de tornozelo (E) (?)

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Médical

26/02/18

15:00H

Função

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação ortopédica Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência:

Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°:

Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

11 JUL 2018

RECEBIDO

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

11

SABEMI SEGURADORA S/A

11 JUL 2018

RECEBIDO



PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

CNS.: 100906985493897 RG:

Estado do Ceará - Secretaria de Saúde

17:28

MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO

SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Tel. 92909291 Nº Data: 26/10/2018

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Ronaldo Paul Gomes madureiro Sexo: M Data do Nasc. 29/03/2009 Idade: 8
Est. Civil: Prof.: Estudante

Naturalidade: nova Russas Ce Prof.: Estudante

Procedência: Acidente de Trânsito

Residência: Boa Vista

Filiação: François de Souza Madureiro

Conjuge: Maria Jamires Gomes Corneiro

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente vítima de um acidente de trânsito (quebrou de moto)
evoluindo com dor e edema em tornozelos esquerdo / direito (E)
HO: Frx do tornozelos (E) / Calcaneo (E)

4. PESO: 21 KG: 5. - P.A. 6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

o Maria Jamires Gomes Corneiro
Ass. do Paciente ou Responsável

De: Galvão
Data: 26/10/2018
CRM/CE 17.112

Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
26/02/18	① Diproiron 0,7ml (1m) ② Rx de tornozelo/calcâneo (E) : Rx de calcâneo/tornozelo (E) ③ Referência p/ Ortopedista ④ SBUU + CCCF	

RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: Ronaldo Raul Gomes
MAURÍCIO

2. LOCAL: CRATÉUS - CE.

3. DATA DO ACIDENTE: 26. 02. 10

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu Fratura do
Peroné esquerdo

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Canal Confina -

DOR RT, ANALGÉS, ANESTÉSICO
Reduziu a Fratura, Tratamento
2 dias.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Dor no Pés,
rigidez articular, Mordaça
na ferida, Dificuldade de
correr se agachar, Redu-
ção da amplitude dos movimentos

7.O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS

APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: Peroné

esquerdo GRAVE 75%

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 03/09/10

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6253



ASSINATURA E CARIMBO

Guia de atendimento - CONSULTORIOS
DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
132811 0001 RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CNS 700906985493897
Guia de Autorização
Estado Civil Solteiro(a)
Sexo Masculino
Idade 8 Ano(s)

Documento(s) Certidão Nascimento: 2236

Data de Nascimento 29/03/2009 Local NOVA RUSSAS/CE

Pai FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO

Endereço CAMPO CACHOEIRA, SN

Profissão MENOR

Responsável AURINEIDE MARQUES SILVA

Mãe MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO
Bairro ZONA RURAL CEP 62203-000
Município NOVA RUSSAS

UF CE Telefone 88 92252641

Empresa

CPF do Responsável Endereço
CAMPO CACHOEIRA, SN

Município NOVA RUSSAS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio
27/02/2018 14:36 SUS

Professional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula CID

CRM/UF
6945/CE

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário ANTONIA VIEIRA DA SILVA

Observação
trouxe guia 27/02/2018

Sala

Data/Hora Liberação ss hs

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm)

21,000 35,7

T (°C)

P (bpm)

R (impm)

PA (mmHg)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 27/02/2018 15:23

Responsável pela Classificação: SAMARA MARTINS FERR

Relatório:

CRIANÇA VITIMA DE MOTO COM LESÃO EM MIE, EDEMA

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

foi formado (E) a ferimento local
(D) nature de formado (C)
tal bote

CRM: 6945
Setor: ORTOPEDIA

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945



Maria Jamires Gomes
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: AURINEIDE MARQUES SILVA



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2^a via
ao usuário, orientando-o para reformar com a 1^a via
à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Ronaldo Raul Gomes Madanave

Prontuário N°

Sexo: M F Data de Nascimento 29/103/109 Ocupação:

Endereço: Cachoeira

Bairro:

Tel:

Motivo do Encaminhamento:

crianças, 8 anos, evoluindo com dor e edema em tornozelo esquerdo
após trauma contuso

Resultado de Exames:

Solicito Rx de tornozelo (E), avaliação e conduto ortopédico.

Consulta já Realizada:

0 Analgico

Impressão Diagnóstica: Rx de Tornozelo (E) (?)

Médico

26/102/18

15:00H

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação ortopédica Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência:

Data: 1/1 Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°:

Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:



Diagnóstico: Principal

CID:

Secundário 1

CID:

Secundário 2

CID:

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
090.221.013-04

Nome
RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Nascimento
29/03/2009



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
digite Verificador: 00
as 08:55:03 do dia 04/07/2017 (hora e data de emissão)
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE NOVA RUSSAS
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL



CARTÓRIO FERNANDES

1º OFÍCIO

DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
COMARCA DE NOVA RUSSAS-CE
CNPJ: 01146.443/0001-06

FRANCISCO DA SILVA FERNANDES
OFICIAL REGISTRO CIVIL

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 2.236

CERTIFICO que às fls.41-V, do Livro N.ºA-07, de Registro de Nascimentos, foi lavrado aos 30 de março de 2009, o assento de, **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**, nascido aos vinte e nove(29)de março de dois mil e nove (2009), às 4:00 horas e 15 minutos, em Nova Russas Ceará, do sexo: masculino. Filho de: **Francisco de Souza Madureiro e de Maria Jamires Gomes Carneiro**. Sendo avós paternos: Expedito Madureiro Lourenço e Antonia de Souza Madureiro e maternos: Rita Neziana Gomes Carneiro. Foi declarante o pai do registrado. Serviram de testemunhas, Antonio Gabriel Gomes Carneiro e Maria Neuda Alexandrino Silva. Observação: Nenhuma. O referido é verdade e dou fé. ////////////

Nova Betânia (Ce), 30 de março de 2009.

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil

COPIA





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
090.221.013-04

Nome
RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Nascimento
29/03/2009



CARTÓRIO DA VILA SANTANA
2º Ofício
Nova Russas - Ceará
Maria Aline Martins Gomes
Entrevista Autorizada

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

digito verificador: 50
26.08.2017 do dia 04/07/2017 (hora e data de emissão)
Emissão pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

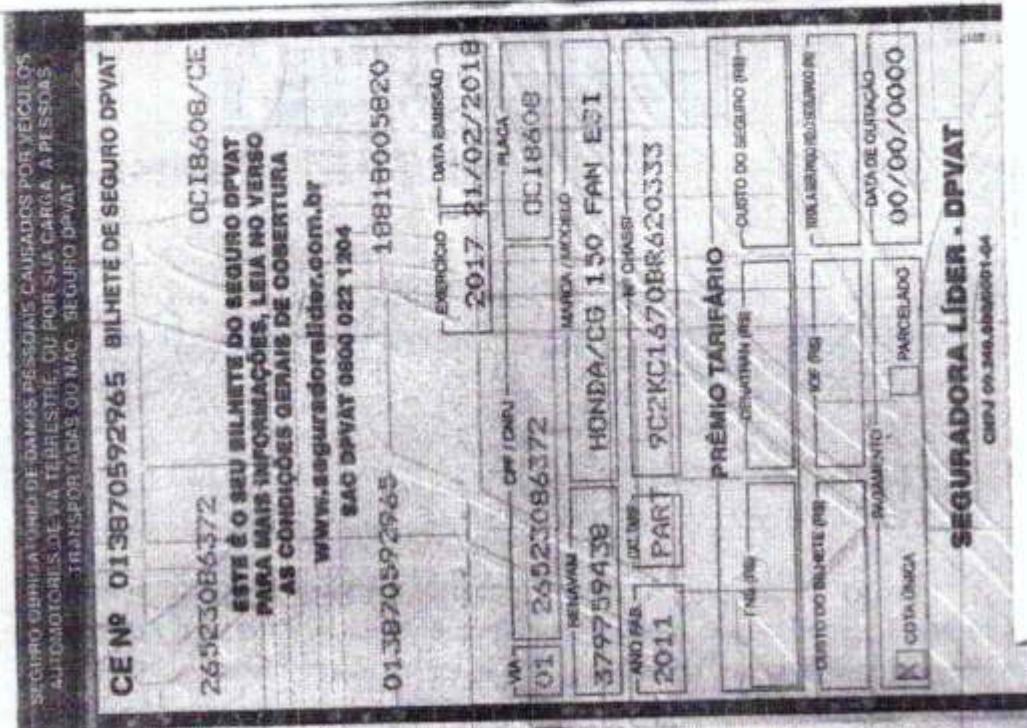


CÓDIGO DE CONTROLE
CED7.F806.3688.A2C4



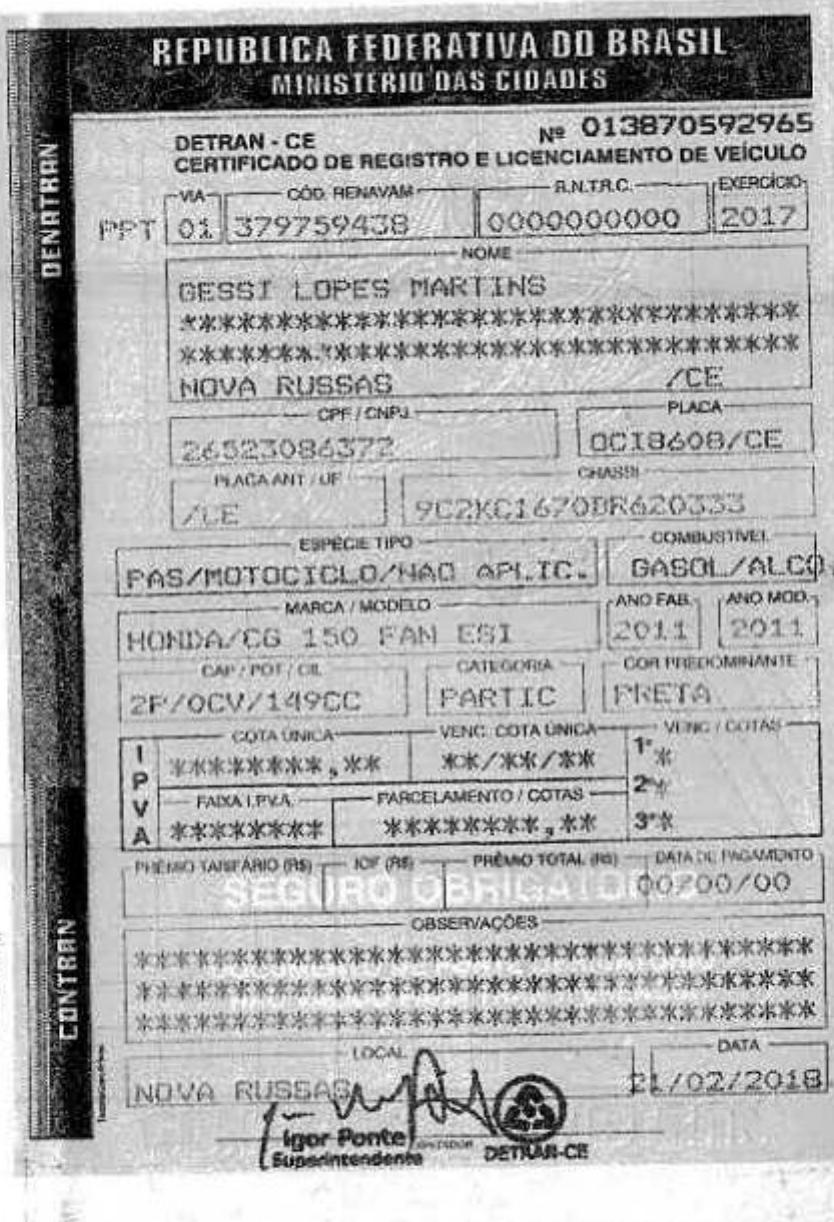




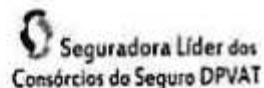


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETTRAN - CE			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO			
VEH. PPT	01	QDO. RENAVAM	379759438
NAME		GESSI LOPES MARTINS	
ENDERECO		***** RUA SANTOS DUMONT, 1000 NOVA RUSSAS	
FONE/CELE		265230863772	
PLACA/ NTF/UF		9C22KC11670 RJ	
/CE		/CE	
ESPECIE IPO		9C22KC11670 RJ	
MARCAS/MODELO		HONDA/CG 150 FAN ESI	
OPR./POV./CR.		CATEGORIA	
2P/0CV/149CC		PARTIC	
COTA UNICA		COTA UNICA	
I	*****	*****	*****
P	FAZIA UNICA	PARCELAMENTO / COTAS	*****
V	*****	*****	*****
A	*****	*****	*****
PESO/TAMANHO/BRG		ICP (R\$)	
DETTRAN		PESO TOTAL (R\$) — UNIA DE PAGAMENTO —	
DETTRAN		0,00/00	
OBSERVAÇÕES			
SABEM — DATA			

A blue ink stamp from 'SABEMI SEGUROADORA S/A'. The stamp is rectangular with a double-line border. Inside, the company name 'SABEMI SEGUROADORA S/A' is printed diagonally from top-left to bottom-right. Below it, the date '11 JUL 2018' is printed. At the bottom, the word 'RECEBIDO' is printed diagonally from bottom-left to top-right.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

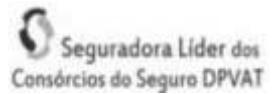
Data do cadastramento: 14/09/2018

Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

ALANA DA SILVA DE MATOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Número do Sinistro: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO
CPF: 090.221.013-04

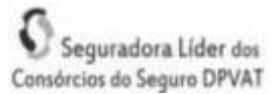
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

LILIANA MARIA PEREIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Número do Sinistro: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 22/01/2019

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 22/01/2019

Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427624 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO RAUL GOMES **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MADUREIRO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo esquerdo

Descrição do exame físico: Limitação moderada dos movimentos de flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada por 45 dias. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: 50% de sequela no tornozelo esquerdo causada pela perda parcial da mobilidade desse tornozelo e bloqueio articular

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/02/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo , portanto mantemos a conduta do médico examinador

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427624 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO RAUL GOMES **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MADUREIRO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo esquerdo

Descrição do exame físico: Limitação moderada dos movimentos de flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada por 45 dias. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: 50% de sequela no tornozelo esquerdo causada pela perda parcial da mobilidade desse tornozelo e bloqueio articular

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/02/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427624 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO RAUL GOMES **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MADUREIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427624 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO RAUL GOMES **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
MADUREIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (3)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO, brasileiro(a), estado civil CASADO(A), profissão AGRICULTORA, residente e domiciliado à Rua CACHOEIRA, nº 510, bairro ZONA RURAL, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CEARÁ, Cep 62200-000, portador(a) do RG nº 20072925684, SSPCE e CPF nº 054.886.193-56.

Outorgado: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão , residente e domiciliado(a) à Rua MOURA FERREIRA, nº 937, bairro SÃO VICENTE, Município de CRATÉUS, Estado de (o) CEARÁ, Cep 63700-000, portador (a) do RG nº 20020516137 SSP/CE e CPF nº 047.709.503-42.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ronaldo Paul Alves Madureiro ocorrido em 26.10.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

cratéus

05 de Setembro

de 2018.

Maria Jamiris Gomes Carneiro
Outorgante
CPF N°

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA JAMIRÉS GOMES CARNEIRO, brasileiro(a), estado civil CASADO(a), profissão AGRICULTORA, residente e domiciliado à Rua CACHOGIRA, nº 511, bairro ZONA RURAL, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CEARÁ, Cep 62200-000, portador(a) do RG nº 20072925684, SSPCE e CPF nº 054.886.193-56.

Outorgado: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão _____, residente e domiciliado(a) à Rua MAURIN F.E., nº 937, bairro SÃO VICENTE, Município de CRISTEUS, Estado de (o) CEARÁ, Cep: 65.700-000, portador (a) do RG nº 20020516137 SSP/CE, e CPF nº 047.707.503-62.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Ronaldo Paul Gomes Matheus* ocorrido em *26/10/2018*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

outorgado

05 de Setembro

de 2018.



Maria Jamires Gomes Carneiro

Outorgante

CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Número do Sinistro: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO
CPF: 090.221.013-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

LILIANA MARIA PEREIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

ALANA DA SILVA DE MATOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Número do Sinistro: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 22/01/2019

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 22/01/2019

Nome: LILIANA MARIA PEREIRA

CPF: 040.259.363-48

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

LILIANA MARIA PEREIRA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180427624

Nome do(a) Examinado(a): RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Endereço do(a) Examinado(a): CACHOEIRA, 0 - Nova Russas/CE - CEP 62200-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2236 - CERT. NASC - 30/03/2009

Data e Local do Acidente : 26/02/2018 - N. RUSSAS - CE

Data e Local do Exame : 23/02/2019 RUA PAULO ARAGÃO, 579 - SOBRAL/CE - CEP 62011-250

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS E FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM JULHO DE 2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR PELA BLOQUEIO ARTICULAR

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Maceió - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Nº Sinistro: 3180317120

Vitima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180317120**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Nº Sinistro: 3180317120

Vitima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180317120**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Nº Sinistro: 3180427624

Vitima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427624**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Nº Sinistro: 3180427624

Vitima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427624**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JAMires GOMES CARNEIRO

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

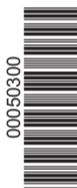
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427624 **Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**
Data do Acidente: 26/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001409-5

Conta: 0000034511-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima:

090.221.013-04

Nome completo da vítima:

Ronaldo Raul Gomes Carneiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
maria Fumira Gomes Carneiro	034.886.193-56	recever informar
Endereço	Número	Complemento
localidade Cacholim		recever informar
Bairro	Cidade	CEP
Zona Rural	Maria Russas	62203-000
E-mail		Telefone (DDD)
		(88) 99459-8121

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
000		000	
Inserir digito se existir.			

(Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NR.	NR.	D/V
Banco do Brasil			
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
000	5	34511	3
(Inserir digito se existir)			

001

34511

3

(Inserir digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cratito, 19 de 06

Local e Data

de 2018

SABEMI SEGURADORA SIA

11 JUL 2018

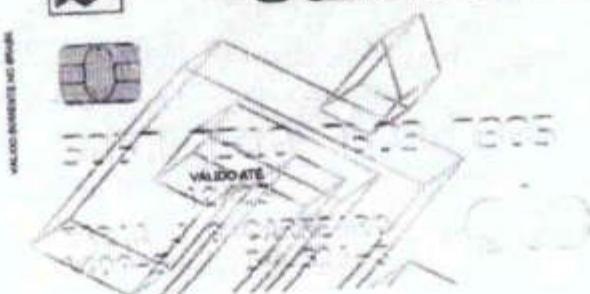
 Cleusa Fumira Gomes Carneiro
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



Ourocard



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

090.221.013-04

Nome completo da vítima

Ronaldo Raul Gomes Camiño

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<i>Maria Jamires Gomes Camiño</i>	CPF titular da conta	<i>054.886.193-56</i>	Profissão	<i>recurso informar</i>
Endereço	<i>Localidade Cacholim</i>	Número		Complemento	<i>recurso informar</i>
Bairro	<i>Zona Rural</i>	Cidade	<i>Novia Russas</i>	Estado	<i>Ceará</i>
Email		CEP		Telefone (DDD)	<i>(88) 99459-8121</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<small>(Informar dígito se existir)</small>		<small>(Informar dígito se existir)</small>	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	<i>Banco do Brasil</i>	NRO	<i>001</i>
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<i>1409</i>	<small>(Informar dígito se existir)</small>	<i>34521</i>	<small>(Informar dígito se existir)</small>

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cratélio .19 de 06 de 2018

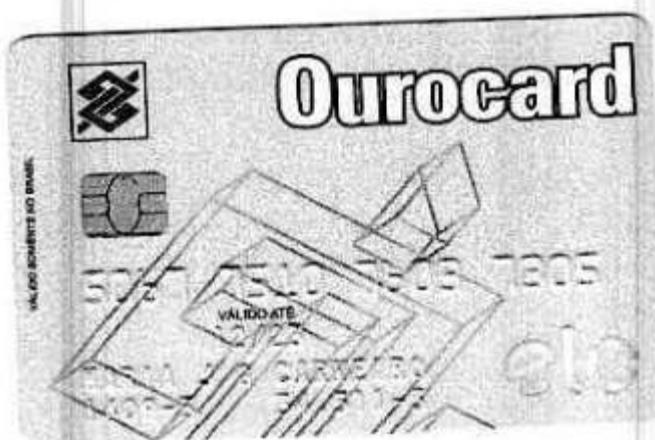
Local e Data



Maria Jamires Gomes Camiño

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

090 225 03 04

Nome completo da vítima:

Ronaldo Paul Gomes Machado

Nome completo:

Profissão:

Estevão Ingraves

Bairro:

Centro Parol

Endereço:

Rua 1000, Centro, Parol

Cidade:

Nova Russas

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (43)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

Nome do BANCO:

Ronco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3408

5

CONTA:

34513

3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e/ou ressarcimento 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 invalidade 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 apelado, volto a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 289 do Código Penal.

Local e Data: Crateús 26/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RG

Manoel Jairino Gomes Correia
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

090 223 03-04 Ronaldo Raul Gomes Madureiro

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

Nome completo:

Profissão:

RECUSO INFORMAR

Endereço:

Localidade: Cachoeiro

CPF:

Número:

CEP:

Complemento:

Bairro:

Zone rural

Cidade:

Nova Russas

Estado:

Ceará

Tel. (DDD)

(35) 99459-8125

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1409

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 34.511

(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (velho): 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:

Pratius 26/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Janires Gomes Carneiro
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS
E. PREVIDÊNCIA S/A.

CPF:

Nº:

22 JAN 2018

Assinatura

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 452 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2018 08:37:46**
Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROCAL**
Complemento:
Bairro: **NOVA RUSSAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**
Nascimento: **29/03/2009** CPF:
REGISTRO CIVIL: **2236** Orgão Emissor: **UF:**
Filiação: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**
FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE CACHOEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVA RUSSAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**
Nascimento: **17/11/1992** CPF: **054.886.193-56**
RG: **20072925684** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RITA NEZIANA GOMES CARNEIRO**
N!
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DA CACHOEIRA** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVA RUSSAS/CE** Telefone:
País: **BRASIL**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCI8608** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi:
9C2KC1670BR620333 Renavam: **379759438** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **GESSI LOPES MARTINS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A noticiante informa que no dia 26/02/2018, por volta das 16:30h, estava conduzindo o veículo acima citado e seu filho, RANALDO RAUL GOMES MADUREIRO, estava na garupa do veículo; QUE conduzia o veículo em uma estrada carroçal quando passou por dentro de uma poça d'água e derrapou; QUE o pé esquerdo da vítima (RAUL) entrou no aro da motocicleta fazendo com que a vítima caísse no chão; QUE a vítima teve duas fraturas, uma no tornozelo e uma no calcanhar, além de uma torção; QUE a vítima teve seu primeiro atendimento em no Hospital Municipal de Nova Russas e posteriormente foi transferido para Crateús; QUE AURINEIDE MARQUES SILVA e EXPEDITO DE SOUSA MADUREIRO estavam no veículo atrás do seu,



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 452 / 2018

presenciaram o acidente e podem testemunhar o fato; E nada mais disse ////
As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de
responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a
comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes
dos arts 339 e 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Liliane Jamins Gonçalves*

VISTO DO DELEGADO(A): *BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA*

BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 30081013

* Armineide marques silva

* Expedito de souza medurado

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SABEMI SEGURADORA S/A

Pág. 2 de 2

Impresso em: 14/06/2018 08:57:01

04/07/2018
RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 452 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2018 08:37:46**
Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROCAL**
Complemento:
Bairro: **NOVA RUSSAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**
Nascimento: **29/03/2009** CPF:
REGISTRO CIVIL: **2236** Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**
FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE CACHOEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVA RUSSAS/CE**
País: **BRASIL**



CEP:

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**
Nascimento: **17/11/1992** CPF: **054.886.193-56**
RG: **20072925684** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RITA NEZIANA GOMES CARNEIRO**
N!
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DA CACHOEIRA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **NOVA RUSSAS/CE**
País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCI8608** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi: **9C2KC1670BR620333** Renavam: **379759438** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **GESSI LOPES MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A noticiante informa que no dia 26/02/2018, por volta das 16:30h, estava conduzindo o veículo acima citado e seu filho, RANALDO RAUL GOMES MADUREIRO, estava na garupa do veículo; QUE conduzia o veículo em uma estrada carroçal quando passou por dentro de uma poça d'água e derrapou; QUE o pé esquerdo da vítima (RAUL) entrou no aro da motocicleta fazendo com que a vítima caísse no chão; QUE a vítima teve duas fraturas, uma no tornozelo e uma no calcanhar, além de uma torção; QUE a vítima teve seu primeiro atendimento em no Hospital Municipal de Nova Russas e posteriormente foi transferido para Crateús; QUE AURINEIDE MARQUES SILVA e EXPEDITO DE SOUSA MADUREIRO estavam no veículo atrás do seu,



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 452 / 2018

presenciaram o acidente e podem testemunhar o fato; E nada mais disse ////
As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de
responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a
comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes
dos arts 339 e 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Roberta Bezerra

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Roberta Bezerra
Mat. 30113810

ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

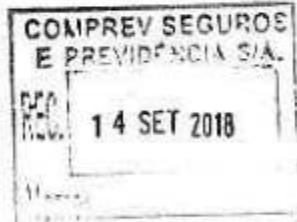
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Silvana Jamires Gomes Carvalho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bruno de Oliveira Rocha
BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 30081013

* *Aurineide Marques Silva*

* *Expedito de Souza Medeiros*



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Tomás Raul Gomes Carneiro

CPF da Vítima

090.221.013-04

Data do Acidente

26.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Mario James Gomes Carneiro

CPF do Representante legal

054.886.193-56

Telefone (DDD)

(183) 9459-8121

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Oratibus , 19 de 06 de 2018.

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A
11 JUL 2018

RECEBIDO

Mario James Gomes Carneiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **VÍTIMA** e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ronaldo Paul Gomes madineiro

CPF da Vítima

090.221.013-04

Data do Acidente

26.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Maria Jamires Gomes Carniiro

CPF do Representante legal

054.886.193-56

Email

Telefone (DDD)

(88)9459-8121

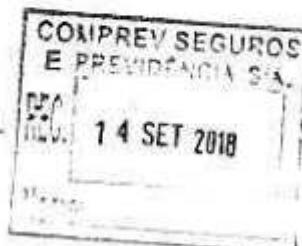
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 Criciúma, 19 de 06
 Local e Data


Maria Jamires Gomes Carniiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal