

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180496553

**Vitima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Data do Acidente:** 25/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180496553**.

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, 24 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180496553

**Vitima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Data do Acidente:** 25/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CICERO INACIO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180496553**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://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**



# 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: \_\_\_\_\_

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

Nome completo: *JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA* CPF: *046618153-19*  
 Profissão: *MOTORISTA* Endereço: *ANTONIO DIAS SOBREIRAS* Número: *521* Complemento: *CASA*  
 Bairro: *LIMOEIRO* Cidade: *JUAZEIRO DO NORTE* Estado: *CE* CEP: *63020-110*  
 E-mail: *88)9.9790.8595*

DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

- 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0433* CONTA: *69830* Dígito: *7*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Interessado  
e/ou  
vítima  
no  
processo  
de  
morte  
ou  
representante  
legal

Local e Data: \_\_\_\_\_

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

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

(\* ) Assinatura de quem assina A RODO

*JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Cicero Inacio do Sita*

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

3º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

4º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

5º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

6º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

7º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

8º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

9º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

10º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

11º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

12º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

13º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

14º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

15º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

16º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

17º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

18º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

19º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

20º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

21º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

22º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

23º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

24º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

25º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

26º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

27º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

28º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

29º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

30º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

31º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

32º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

33º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

34º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

35º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

36º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

37º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

38º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

39º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

40º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

41º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

42º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

43º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

44º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

45º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

46º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

47º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

48º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

49º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

50º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

51º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

52º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

53º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

54º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

55º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

56º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

57º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

58º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

59º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

60º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

61º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

62º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

63º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

64º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

65º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

66º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

67º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

68º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

69º | Nome: \_\_\_\_\_

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

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



Ourocard



5061 1510 5111 3191

VÁLIDO ATÉ

02/23

01.19813A

elo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS:

**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 **3180-496553** CPF da Vítima **046.618.153-19** Nome completo da vítima **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA</b>	CPF titular da conta <b>046618153-19</b>	Profissão <b>MOTORISTA</b>
Endereço <b>RUA - ANTONIO DIAS SOBREIRA</b>	Número <b>521</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>LIMOEIRO</b>	Cidade <b>JUazeiro do Norte</b>	Estado <b>Ceará</b>
CEP <b>63020110</b>	Telefone (DDD) <b>88) 9.9787 3195</b>	
Email		

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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" 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"/> 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. <b>0433</b>	D/V <b>2</b>	CONTA NRO. <b>69830</b>	D/V <b>X</b>
--------------------------------	-----------------	-------------------------------	-----------------

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	<input type="text"/>	NRO.	<input type="text"/>
---------------	----------------------	------	----------------------

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
-----------------	-----	---------------	-----

(Informar dígito se existir) (Informar dígito 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.

**JUazeiro do Norte - CE**

Local e Data

**JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 6359 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/06/2018 10:07:50**

Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 01:25:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA 22 DE JULHO**

Complemento:

Bairro: **LIMOEIRO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

Nascimento: **07/01/1991** CPF:

RG: **556369105** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA**

Endereço: **RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA , 521**

Bairro: **LIMOEIRO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9787-3195**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **NUX6023** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:

**9C2HB0210AR106900** Renavam: **212734725** Tipo da Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2010**

Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:

**EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

Comunica que quando trafegava numa Moto Honda Pop 100, de Cor Preta, veio a cair de aludida Moto em razão de ter que desviar de outra Motocicleta que trafegava em sentido contrário, cujo condutor não sabe identificar, o qual conduzia sua moto de maneira imprudente, causando-lhe, em razão do acidente, fratura na clavícula direita e escoriações na região do crânio e nas pernas; QUE foi socorrido por populares e levado para a Unidade de pronto Atendimento ( UPA ), do bairro Limoeiro, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, sendo transferido depois para o Hospital Regional do Cariri, nesta urbe, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

*Danilo Tavares de Medeiros*  
DANILo TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Jasoniel Pereira de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A):

*Juliano Marília Correia da Silva Almeida Lima*  
JULIANO MARILIA CORREIA DA SILVA ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

22 OUT. 2018

# 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: \_\_\_\_\_

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

Nome completo: *JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA* CPF: *046618153-19*  
 Profissão: *MOTORISTA* Endereço: *ANTONIO DIAS SOBREIRAS* Número: *521* Complemento: *CASA*  
 Bairro: *LIMOEIRO* Cidade: *JUAZEIRO DO NORTE* Estado: *CE* CEP: *63020-110*  
 E-mail: *88)9.9790.8595*

DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

- 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0433* CONTA: *69830* Dígito: *7*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Interessado  
e/ou  
vítima  
no  
processo  
de  
morte  
ou  
representante  
legal

Local e Data: \_\_\_\_\_

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

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

(\* Assinatura de quem assina A RODO

*JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Cicero Inacio do Sita*

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

3º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura da Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Corretora de Seg. Ltda.

Assinatura da Representante Legal (se houver)

**Ficha de Atendimento**

Data: 25/12/2017 Data de Saída  
Hora: 01:25 Hora de Saída:

**Paciente**

Nome: 96691 JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Responsável: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
Endereço: ANT. DIAS SOBREIRA, 521, TIMBAÚBA - JUAZEIRO DO

Nasc: 07/01/1991 Idade: 26  
Telefone: (88) 9770-8595 Celular: (88) -  
CEP: 63.020-110 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: Doc. Identidade: 556369105 Guia: Autorização:  
Trabalho: Validade da Carteira: Último Pagto:

**Convênio**

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

ACOMPANHANTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA NAUSEAS, VOMITOS E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA

*ATO DECLARATÓRIO*

**Antecedentes Médicos**
**Exame Físico**

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), ACIANÓTICO(A), AFEBRIL AO TOQUE, NORMOCORADO(A), HIDRATADO(A), EUPNEICO(A), GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. AC: BNF, RR 2T, SS  
AR: MV+, AUSENCIA DE RUIDOS ADVENTÍCIOS  
AA: RHA+, PLANO, DEPRESSIVO, INDOLOR A PALPAÇÃO.

**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**
**CID-10 T07**
**POLITRAUMA**
**Tratamento**

DIPIRONA 500MG 1 AMP IM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

DAVI LEAL LANDIM CRUZ  
CRM: 17716 / CE



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00433-2

CONTA: 000010069830-1

---

Nr. da Autenticação 646BF623645D5A3F

## Nº DO CLIENTE

1345480

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 13.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Matheus, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

539859165

Rota 02 13000 03 275510 - 9 Data de Emissão 04/09/2018  
 Nome LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
 End. Postal RU ANTONIO DIAS SOBREIRA 00521  
 TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63020110  
 Medidor 1430241 Poste 0000 A65W  
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 325461303-15 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês da Referência 04/2018 Data da Apresentação 04/09/2018 Próxima Leitura 04/10/2018

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na versão digital da conta.  
 Conjunto JUAZEIRO DO NORTE  
 Mês JUL/2018 EUS 10,44

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO		DIC 4,35 5,31 19,82 0,00 0,00 0,00						
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC 0,17 6,35 12,70 0,00 0,00 0,00					
			DMIC 2,77 3,00					

150,9324,FEI4,07E4,1636,4872,7183,8113

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual  Leit. Anterior  Const.  Consumo (kWh)  Cons. Ind.  Cons. Fct.  Tarifa (R\$/kWh)  Valor (R\$)

FF	24679	24450	1,66	111	0,00	38	9,117754	9,62
						38	9,324524	22,70
						111	0,401231	5,31

01/05/18	03/05/18	111	111	111	33,43
DESCRÍPCAO				VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MES 33,43					
MULTA MORATORIA REF 08/2018 0,66					
JUROS DO MES 0,73					
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,60					
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 1/2 3,00					
- SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO 38,42					
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 3,19 )					

## VENCIMENTO

12/09/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energy	17,25
Brands (SEBRAE)	1,24
Distritais	1,15
Encargos Setoriais	2,71
Tributos (PIS e COFINS)	1,77
TOTAL	34,03

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

124	111	110	112	132	147	144	129	107	117	125	145	110
100,00	99,00	98,00	97,00	96,00	95,00	94,00	93,00	92,00	91,00	90,00	89,00	88,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 0g (CO<sub>2</sub>) Compensado 0g (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (iCO<sub>2</sub>)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## CONTAS EM ATRASO

**AVISO DE SUSPENÇÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 O(a) devedor (cliente), constante em nossos contratos, está(a) em atraso.  
 Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento do débito impõe a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias úteis a partir desta, conforme Previsão na Res. NEEC 414/18, Art. 5, 172 c/c 173, bem como o envio das Informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, falei desconsiderar o aviso.

## DEBITOS ANTERIORES

Mes/ano	Valor (R\$)
08/2018	65,62
Total	65,62

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

ASS:

Nº do Cliente: 1345480 Referência: Total a Pagar (R\$): Set/2018  
 Data de Emissão: 04/09/2018 0,00  
 Nº da Nota Fiscal: 539859165 Nº de Controle: 0001345480 00529 39692 50

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

22 OUT. 2018

LIBRÁ CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

CONTADINERIA ELETTRICA GRUPPO B (SENZA B-4) N° 540453/97  
Data de Emissão 10/09/2018  
Nº 05 13000 06 359208 - 6

ଲକ୍ଷ୍ମୀ

5943986

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 falsa 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Cícero Inácio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 268404508 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JASONIEL PENEIRO DE OLIVEIR, inscrito (a) no CPF sob o N° 046618153 / 19, do sinistro de DPVAT cobertura INVOLINEL da Vítima JASONIEL PENEIRO DE OLIVEIR, inscrito (a) no CPF sob o N° 046618153 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAR

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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	<u>ENVESTIMENTO SORNEIS</u>	Número	<u>724</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LIMOEIRO</u>	Cidade	<u>JUZEIRO DO NORTE</u>	Estado	<u>CE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>8819-9927-0509</u>

Juazeiro do Norte - CE de 16 de OUTUBRO de 2018 BIA CORRETORA DE SEG. LTD.  
Local e Data 22 OUT. 2018

Cicero Inacio da Silva.  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO FILGUEIRA CALLOU

RG nº 98029000109, data de expedição 06/03/2015,  
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 005.413.233-93, com  
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV MADRE NERI SOBRINHA, nº 16,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA cujo o condutor era  
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/POP 100

Ano: 2010

Placa: NUX 6023

Chassi: 9C24B0210AR106900

Data do Acidente: 25/12/2017

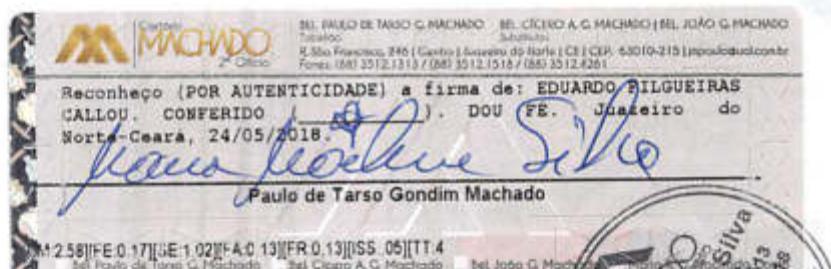
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE 24/05/2018

EDUARDO FILgueira Ras calou

Assinatura do Declarante

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

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



File Edit Utility ToolBars Language Tools Window Help



CRELITE

Ex:

PA

Se: 1/2

Im: 1/1

ESTERNO CLAV

Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARI

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

1991 Jan 07 M 155470

Acc: EMI

S: 4/2

Im: 2/1

Acq Tm: 04:04:28.343

CRELITE

Ex:

PA

Se: 1/2

Im: 2/1

ESTERNO CLAV

Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CAPI

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

1991 Jan 07 M 155470

Acc: EMI

S: 4/2

Im: 2/1

Acq Tm: 04:04:28.343

Lin.DCM / Lin.DCM / EHD  
W:4096 L:2048

Window/Level (Right Mouse)



CAP NUM SCR.

0621

25/12/2017

Lin.DCM / Lin.DCM / EHD

W:4096 L:2048

Window/Level (Right Mouse)



CAP NUM SCR.

0621

25/12/2017

2 OUT. 2018

CORRETORA DE SEG. LTDA



NOME: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRÁ

PRONTUÁRIO: 155470

DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1991

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT11

DATA DO EXAME: 25.12.2017

HORA DO EXAME: 08:27

DATA DO LAUDO: 25.12.2017

HORA DO LAUDO: 10:40

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### RELATÓRIO DE URGÊNCIA

#### TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

#### INDICAÇÃO:

TCE.

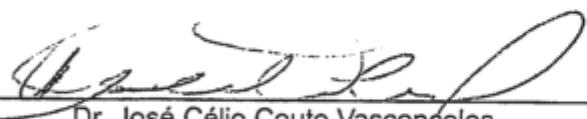
#### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Espessamento do revestimento mucoso dos seios paranasais.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Hematoma subgaleal parietal direito, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.



  
 Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
 Médico Radiologista CRM-CE 13064  
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.



indo

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 06/02/2018 08:

N. Atendimento...: 468371  
 Data Atendimento: 06/02/2018 Hora: 08:10  
 Médico Respons...: CASSIO MURILO DA SILVA  
 Recepção...: KAROLAYNE  
 Setor Atend....: CONSULTORIO

Convênio.: BPA SUS  
 Matrícula: 702300157940215  
 Guia.:  
 Tipo de Atend.: AMBULATORIAL  
 Serviço: CONSULTA

## ===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Pront: 133697  
 Dta Nasc.: 07/01/1991 - 27 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil: SOLTEIRO RG: 556369105  
 Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521  
 Cep.....: 63100000 Bairro: LIMOEIRO  
 Estado...: CE Resp...: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
 Fone: 88997708595

DIAGNÓSTICO

THI CONSULTA MÉDICA

CONDUTA

## ENCAMINHAMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Itern. [ ] Outro [ ] Clinica [ ] Cirurg [ ] Obst. [ ] Ped. [ ] Oftalmo. [ ] Outro

## NATUREZA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO

[ ] RAIO-X

[ ] ULTRASSOM

[ ] ENDOSCOPIA

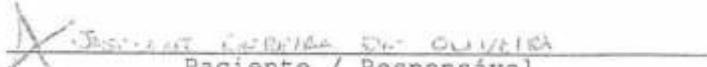
DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA  
 CRM: 6002 CPF: 34631348372

  
 Paciente / Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018



Prontuário N°.: 133697  
Internação N°.: 470340

Impresso: 20/02/2018 08:20

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Respons.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

|Nasc.: 07/01/1991 Idade: 27 Sexo: M

Matrícula: 702300157940215

Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521

|Bairro.: LIMOEIRO Cep.: 63100000

Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE

|Telefone: 88997708595

Filiação.: Mãe - LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

|Pai - JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF.....: 046.618.153-19 RG: 556369105

|UF: Orgão: Natural: JUAZEIRO

NORTE

Raça.....: PARDO

Profissão: MOTORISTA

|Est.Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico...: CASSIO MURILO DA SILVA

|Cadastro.: KAROLAYNE / Atendente: VANDA

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

|Data/Hora.: 20/02/2018 08:17

Setor....: POSTO MASCULINO

|Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SE

Acomod...: AM03

|Carater...: ELETIVA

Leito....: AM3.10 Trans.P/Leito: \_\_\_\_\_ Enf/Apto: \_\_\_\_\_

|Tipo Acom.: ENFERMARIA CLINICA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA:

HAS ( )

DM ( )

ANTECEDENTES PESSOAIS

ALERGIA A DROGAS ( )

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.: \_\_\_\_\_

COME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILOS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO  
N° DO UNISUS: \_\_\_\_\_

TRASNF. P/ MÉDICO: \_\_\_\_\_

ASS.: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE ALTA: \_\_\_\_\_

ALTA EM: 01 / 02 / 2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 6002

CASSIO MURILO DA SILVA

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 12:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10  
Técnico(a): WILLIANY

Atendimento: 470340

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

-----  
Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 12:46  
MANHA:

CLIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA EM CLAVICULA "D"  
EVOLUI: CONSENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM QUEIXA NO PERÍODO, ACEITA  
DIETA OFERECIDA, FICA EM REPOSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Williany C. Lima  
Técnica de Enfermagem  
COREN-CE 883524

Técnico(a): WILLIANY CRUZ LIMA  
COREN: 883524-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 15:08

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10  
Técnico(a): VIVI

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

-----  
Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:08  
TARDE

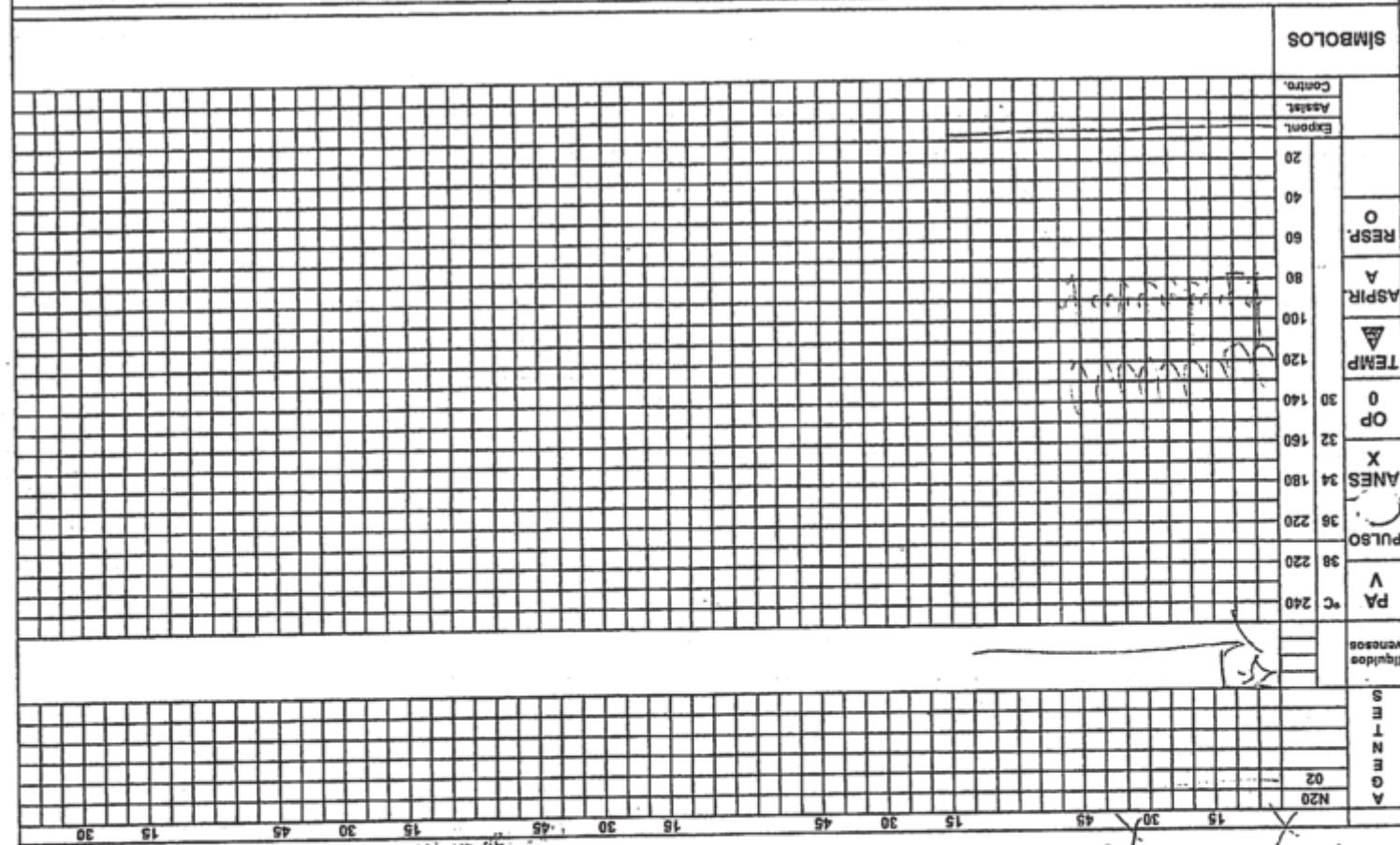
PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA, ALTA HOSPITALAR.

  
Viviane Maria  
TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
Técnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA  
COREN: 779297-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: 



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICA  
PRÉ-ANESTÉTICO

Nome	Reg.		
Sexo	Idade	Peso	Alt.
Diag. Pré-Op			
Cirurgia Proposta			
Anest. Ant.			
Alergia			
Fumo Tempo - Quant.	Alcool		
Drogas em uso - Doses			
Estado Mental	Tipo de Sangue		
Boca	Pescoço		
PA.	F.C.	P脉	Veias
Ap. Resp.			
Ap. Circ.			
Ap. Gen. - Uri			
S. Nervoso			
S. Endocrino			
Exs. Compl.			
Est. Físico (asa)	Anest. Proposta Assinatura		
PÓS - ANESTÉSICO			
Sala de Recuperação		Enfermaria	
Data - Hora		Data - Hora	
LIBRA CORRETORA DE SEG. LTDA. 22 OUT. 2018			
Assinatura		Assinatura	
Obs.:			

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- Ficou com desabamento doce
- Assunção e desassunção
- Aposições de campo
- Abordagem sob abdômen
- Dissecções por phone
- Abordagem de fronto
- Retirada de grande quantidade de fígado
- Redução de tecido ósseo DCP
- Afundador de perturbações devendo ao motor de pouco torque
- Hemostase
- Sutura por placa
- Curativo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesista

Rotular causas que justificarem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ANESTESIA

Data

Cirurgião

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo do Anestesista - CRM





Relatório Médico

JOME:		
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
10-09-2018	10:00	Tomisl P. Oliveira

<b>PREScrição</b>	<b>ENF.:</b>	<b>LEITO:</b>	<b>CLÍNICA:</b>
	3	10	<i>Am</i>

## HORÁRIO

Q. 11

**URIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.**

22 OUT. 2018

AS5

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	T	P	SPO <sub>2</sub>	PA.	HGT	ORAL	SNG	DIURESE	DRENOS	SONDAS
20	Paciente admitido no C. E. São José. Localizado com Dr. Corrêa e Dr. Góes. Já se encontra orientado. Comunicação correta. Requisitado AUF em MSE.	88	95%	165							
21	Enfermeira <del>correta</del> informa que paciente fez exames de sangue e urina. O resultado deve ser obtido no dia 22/10/2018. Já se encontra orientado. Comunicação correta. Requisitado AUF em MSE.	89	97%	158							
22	Enfermeira <del>correta</del> informa que paciente fez exames de sangue e urina. O resultado deve ser obtido no dia 22/10/2018. Já se encontra orientado. Comunicação correta. Requisitado AUF em MSE.	87	96%								
		88	97%	149							
		89	97%	166							
		84	97%	199							
		17:54									

EXAMES REALIZADOS: RX ( ) ECG ( ) USG ( ) TC ( ) LAB. ( )

File Edit Utility ToolBars Language Tools Window Help

CRELITE Window/Level (Right Mouse)

CRELITE

EX: PA

Se: 1/2

Im: 1/1

ESTERNO CLAV.

Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
1991 Jan 07 M 155470  
Acc: EMG  
Se: 4/2  
Im: 2/1

Acq.Tm: 2017 Dec 25

Acq.Tm: 2017 Dec 25

Acq.Tm: 2017 Dec 25

ESTERNO CLAV.

Mag: 0.6x

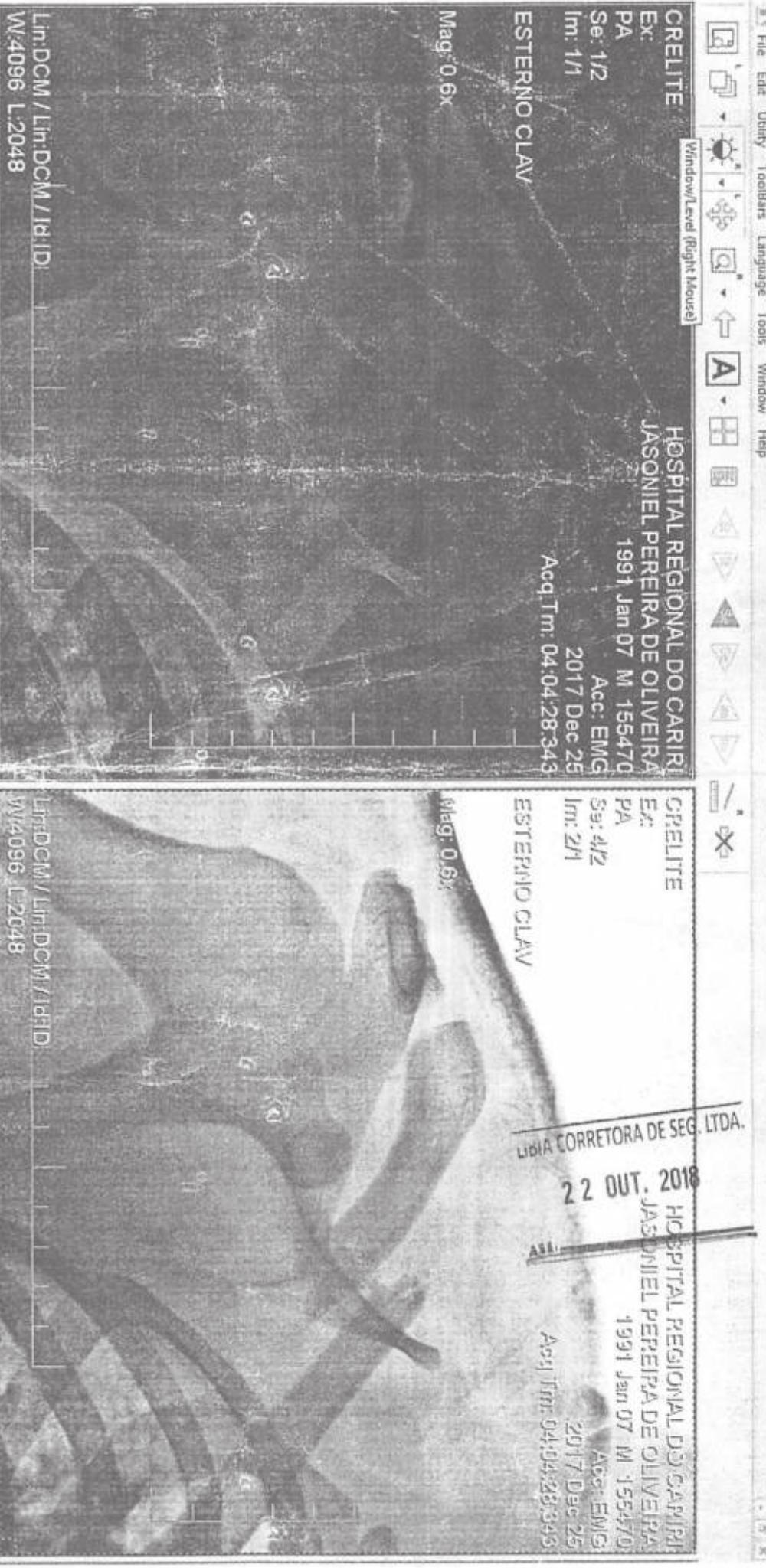
UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
22 OUT. 2018

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
1991 Jan 07 M 155470  
Acc: EMG  
Se: 4/2  
Im: 2/1

Acq.Tm: 2017 Dec 25

Acq.Tm: 2017 Dec 25

Acq.Tm: 2017 Dec 25



CAP NUM SCR.

PT 4x 12 06:21

25/12/2017

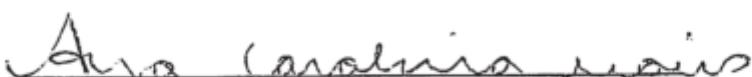
HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 18:34

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10 Atendimento: 470340  
Técnico(a): CAROLINA

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 17:31  
TARDE

CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA POR DR. CASSIO.  
FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO ÁS 16:37 RETORNOU ÁS 18:12  
SOBRE EFEITO ANESTESICO, VEIO COM ACESSO VENOSO PERIFERICO  
, ESTA COM SORO TERAPIA. PERMANECE NO LEITO AOS CUIDADOS DA  
ENFERMAGEM.

  
Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO  
COREN: 1169836-CE

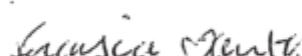
HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 21:30

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10 Atendimento: 470340  
Técnico(a): DANTAS

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 21:30

NOITE-  
PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, AFEBRIL EUPNEICO EM PÓ DE CLAVICULAR  
DIREITA, ACEITA BEM DIETA OFERECIDA REFERE DOR AVP PARA TERAPIA  
MEDICAMENTOSA, RESPIRA EM AMBIENTE MEDICADO SEGUE AOS CUIDADOS ENFERMAGEM.

  
Técnico(a): FRANCISCA MARIA DANTAS DE FREITAS  
COREN: 188850-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

, 22 OUT. 2018

ASS:

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 09:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10 Atendimento: 470340  
Técnico(a): SANDRA

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 09:46

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO POR DR. CASSIO MURILO, COM HD DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. EVOLUI CONSCIENTE, CALMO, COOPERATIVO, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO ATÉ 2º ORDEM, NEGA ALERGIA + HIPERTENSÃO + DIABÉTICO, TEM EXAMES LABORATÓRIAS + ECG + XERO DE RX DE CLVICULA. SEGUE NO LEITO AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.  
PA-110/80MMHG  
T-36°C

Sandra  
Técnico(a): SANDRA REGINA DE SOUSA ALVES  
COREN: 936564-CE

21/02/2018 - 81 queixas

OF. BOCA VERIFICADA, GCS=15  
PULSOS DIFERENTES

DE ALTA DE OG  
ET AVALIADO

Dr. Samir Samaan Fo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 0071007 13.639

21 FEV. 2018

"Não a mim, Senhor, mas a Teu  
nome seja dada glória."  
Sl. 115:1

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass:



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass:

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL NACIONAL

CPF: 95029997203 DATA: 20/6/1995

NOME: CICERO INACIO DA SILVA

PAI: ISAIAS INACIO DA SILVA E MARIA

MARCA: FRANCISCA DA SILVA

RESIDÊNCIA: PENEDE - AL  
DOCUMENTO CERT. CASAM. 5631 L 15 F  
115V JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE Nascimento: 9/3/1974

IDENTIFICAÇÃO: 09/03/74

DATA DE EMISSÃO: 09/03/74

Nº N. 716 DE 2006RS

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: CICERO INACIO DA SILVA

Nº de Inscrição: 268404508-99

Data de Nascimento: 09/03/74

Barcode



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Assinatura



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180496553      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 25/12/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 15)  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE  
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CLAVÍCULA  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

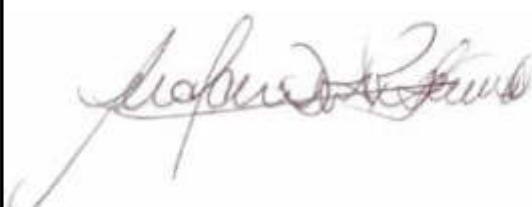
**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180496553      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 25/12/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTONISTA, residente e domiciliado à Rua ANTONIO DIAS SOBRINHO, nº 521, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de(o) CEARÁ, Cep.: 63020-110, portador(a) do Rg nº 55626.910-5, SSP/SP e CPF nº 046.618.153-19.

Outorgado: CICERO INACIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão , residente e domiciliado(a) à Rua ERNESTINA SOBRINHA, nº 724, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de (o) CEARÁ, Cep.: 63030-180, portador (a) do RG nº 95029091203 SSP/CE e CPF nº 268.404.508-99.

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) JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, ocorrido em 25/12/2017, 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.

JUAZEIRO DO NORTE - 15, de OUTUBRO de 2018.  
ceara

1º OFÍCIO  JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Outorgante  
CPF N° 046.618.153-19

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

JUÍZA CORRETORA DE SEC. LTD.

22 OUT. 2018

ASS:



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 046.618.153-19

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2017

**Titular do CPF:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### CICERO INACIO DA SILVA : 268.404.508-99

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

### JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19

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](http://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: 22/10/2018  
Nome: CICERO INACIO DA SILVA  
CPF: 268.404.508-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

CICERO INACIO DA SILVA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

**Número do Sinistro:** 3180496553

**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 046.618.153-19

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2017

**Titular do CPF:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19**

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](http://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: 26/10/2018  
Nome: CICERO INACIO DA SILVA  
CPF: 268.404.508-99

CICERO INACIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS