

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, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190416001

Vítima: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO JESUS DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 23 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190416001**

Vítima: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO JESUS DA SILVA FILHO

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 dos ombros

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: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005452-6

Conta: 000007639-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

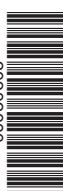
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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



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: <i>Cícero Jesus da Silva Ficto</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <i>Cícero Jesus da Silva Ficto</i>		CPF: <i>063.429.343-14</i>	
Profissão: <i>Autônomo</i>	Endereço: <i>Simp 64421/31</i>	Número: <i>790</i>	Complemento:
Barro: <i>Vila Bumbei</i>	Cidade: <i>SANTANA DO CAMB. CEARÁ</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>63190-000</i>
E-mail:		Tel.(DDD): <i>88-99617-4242</i>	

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

DADOS CADASTRAIS

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: *BRADESCO - 23X*

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e identificação 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: *20/01/2019*

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 Lider 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.

MORTE

Local e Data: *20/01/2019*
Nome: _____
CPF: _____
^{1º}
^{2º}

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impresso nº 2019442373



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 1868 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/03/2019 09:45:29**
 Data / Hora da Ocorrência: **31/12/2018 19:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO GURITIBA**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO JESUS DA SILVA FILHO**
 Nascimento: **09/04/1993** CPF: **063.429.393-14**
 RG: **20074815657** Órgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **MARIA VIEIRA DA SILVA**
CICERO JESUS DA SILVA
 Endereço: **SITIO GURITIBA, 790**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacimade F. Nobre
CEP: *CE-62700-000*
Coronel da Saguaro Esq.
CNPJ: 21.487.739/0001-14

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYS6864** Uf: **CE** Município: **SANTANA DO CARIRI** Chassi: **9C2KC08108R164043** Renavam: **958861935** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ELIXANDRA VIEIRA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o declarante que na data, hora e local acima mencionados, quando conduzia o veículo acima descrito, na estrada carroçável, uma outra motocicleta de placa não anotada que trafegava em sentido contrário, quase colidiu frontalmente com a motocicleta em que o declarante conduzia, tendo o declarante evitado tal colisão manobrando para o lado, mas perdeu o controle e bateu numa barreira e sofreu lesões corporais. Foi socorrido por conhecidos, inicialmente para o hospital local e depois transferido para o hospital Regional do Cariri onde recebeu atendimento médico (apresentou prontuário). Apresenta cópia documentos das testemunhas: ROSELY VIEIRA DA SILVA TELES, RG. Nº 2002097009510 - SSP/CE, residente no Sítio Guritiba, 993, Vale do Buriti, Santana do Cariri/CE, ANTONIA IZETCHY VIEIRA DA SILVA, RG. Nº 2004099085783 - SSP/CE, residente no Sítio Guritiba, 462 Vale do Buriti, Santana do Cariri/CE e EDMILSON VIEIRA DA SILVA, RG. Nº 1121286-86 - SSP/CE, residente no Sítio Guritiba, 797, Vale do Buriti, Santana do Cariri/CE. Nada mais a lavrar dou por encerrada a presente ocorrência.

ADITAMENTO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Consolidado em: 02/07/2019 09:21:12

Pág. 1 de 2

Impresso em: 02/07/2019 09:21:19



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impresso nº 2019442373



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 1868 / 2019

Compareceu nesta DRPC o declarante para informar a data correta do acidente em epígrafe, conforme atendimento/laudo médico emitido pelo hospital maternidade Senhora Santana de Santana do Cariri, que teria ocorrido no dia 29/12/2018 e não no dia 31/12/2019 como datado acima. Nada mais a lavrar dou por encerrada a presente ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LUIS LINDOMAR DE SÁ - MAT.: 133981-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Flávio Santos da Silva Filho.

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLÁVIO SANTOS DA SILVA - MAT.: 013324-1-4

RECEBEMOS

08 JUL 2019

*Maria Gecinaida F. Nobre
Coronel da Saguaro Eiref
(11) 31.437 7300-1100*

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: <i>Cícero Jesus da Silva Ficto</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <i>Cícero Jesus da Silva Ficto</i>		CPF: <i>063.429.343-14</i>	
Profissão: <i>Autônomo</i>	Endereço: <i>Simp 64421/31</i>	Número: <i>790</i>	Complemento:
Barro: <i>Vila Bumbei</i>	Cidade: <i>SANTANA DO CAMB. CEARÁ</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>63190-000</i>
E-mail:		Tel.(DDD): <i>88-99617-4242</i>	

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

DADOS CADASTRAIS

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: *BRADESCO - 23X*

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

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

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

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

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

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

RECEBEMOS

Maria Gacimonde F. Nobre
20/03/2019 Seguros Eireli
CNPJ: 21.451.100/0001-05

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 Lider 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: <i>20/03/2019</i>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
_____	Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

... e o R. 20/03/2019 da C. Silva Ficto.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

RECEBEMOS

18 JUL 2019

Maria Gacimonde F. Nobre
21.451.100/0001-05

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

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



HOSPITAL E MATERNIDADE SENHORA SANTANA
LAUDO MÉDICO - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



NOME: CICERO JESUS DA SILVA FILHO		DN: 08 104 4993	IDADE: 25
NOME DA MÃE: MARIA VIEIRA DA SILVA		TEL: 994084890	
ENDERECO: JURITIBA		Nº:	ESTADO:
CIDADE: SANTANA DO PARNAÍBA		SEXO: (X)M ()F	
Nº CNS: 410 1025 0166 7877		ESTADO CIVIL:	
MÉDICO(A): Dr. PAROLINI		CRM:	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: (1) Fratura			
CID:	PROCEDIMENTO: Paciente retorna de acidente motociclistico apresentando dor e edema em entorso esquerdo do joelho. Urticaria lâmp - TM (2) Exames: lâmp - TM		
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: (3) Dipurra lâmp + AD, EV, c/			
Paciente refere também, cefaléia e dor no abdômen.			
TEMP.: °C	PA mmHg	FR: bpm	FC: bpm
DATA: 29/12/2019		PESO: Kg HGT: cm	
Ass. PACIENTE: Alfonso Vilela de Oliveira			
Dr. Caroline PAROLINI E ASSINATURA DO MÉDICO(A) CRM - CE 1897			
4) Encaminhado para unidade de re			

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Manoel Góesnida F. Nobre
Cotidiana de Sacos Eirel
CNPJ 21.457.736/0001-07

100
100
100
100

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05452-6

CONTA: 00000007639-2

Nr. Autenticação

BRADESCO18072019050000000002370545200000007639168750 PAGO



Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1606815 DV **7**

VENIMENTO
18/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
54,50

DESCRÍÇÃO DA CONTA

End. da Unidade ST GURITIBA 00790 DT V BURITI SANTANA DO CARIRI 63190000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 014.590.503-98 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Litura Atual () Leitura Anterior () Constante () Consumo (kWh) () Consumo Incl. () Consumo Faturado

24553	24433	1	120	0	120
-------	-------	---	-----	---	-----

Quantidade () Tarifa () Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

11/04/2019 11/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

73A0.9EEB.DD5B.B44E.F2EA.A134.8974.E175

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MÊS	0,85
MULTA MORATÓRIA	1,01
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT	9,80

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

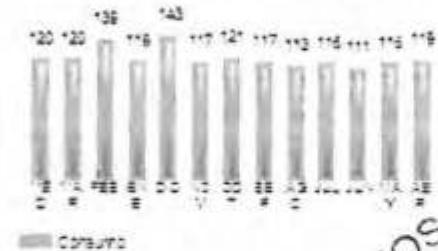
Vaia a legenda no verso desta conta. CM: 19,77

Conjunto NOVA OLINDA

Mes JAN/ 2019

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	3,51	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,78				3,51	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecologica (kg CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES: AVISOS DE VENCIMENTO

RECEBEMOS

08/03/2019

Maria Cecília F. Nogueira
Coronha de Souza

Assinatura do cliente

Nº do Cliente: **1606815-7** Nº da Nota Fiscal: **565612989** Total a Pagar (R\$): **54,50**
Data de Emissão: **19/03/2019** Referência: **MAR/2019** Nº de Controle: **0001606815 00535 4377**

83820000000-2 54500031000-1 00016068150-2 05354377230-7



RECEBEMOS
08/03/2019
Maria Cecília F. Nogueira
Coronha de Souza
Assinatura do cliente
CNPJ 21.487.745/0001-17

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.saguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EVERARDO DE SOUSA LEITE

inscrito (a) no CPF/CNPJ 346 395 733-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CICERO JESUS DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 063-429-333-14,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima CICERO JESUS DA SILVA FILHO,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 063-429-393 / 14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ANTONINO Renda: _____ e apresenta 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:	<u>RUA MARIA ALMEIDA</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>ZACARIAS GOMES</u>	Cidade:	<u>BRASILIA</u>	Estado:	<u>CEP:</u>	<u>63110-130</u>
E-mail:	<u>EVERARDOZJUAT@HOTMAIL.COM</u>			Tel. (DDD):	<u>61-996174242</u>	

Local e Data: 09/19 de Março de 2019

Everardo de Souza Leite

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

08 JUL 2019

RECEBEMOS
Márcia Gacinanda F. Nobre
Operadora de Seguros Eletro

Márcia Gacinanda F. Nobre
Operadora de Seguros Eletro
CNPJ 21.487.747/0001-55

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoria: 0800 021 91 35

Eu, ELIANA VIEIRA DA SILVA

RG nº 2002094009344, data de expedição 01/04/2012

Órgão SEF-CEAN, portador do CPF nº 043.352.293-77

com domicílio na cidade de SANTANA DO CAMINHO, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SENNA DA BAHIA, nº 522

complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

CICERO JESUS DA SILVA FILHO, cujo o condutor era CICERO JESUS DA SILVA FILHO.

Veículo: HONDA CG Modelo: 2008 TS Ano: 2008

Placa: HY5 6864 Chassi: 9C2KC08108R164043

Data do Acidente: 31/12/2018

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Local e Data:

Crato 15 de Março de 2019

Maria Gacineide F. Nogueira
Corretora de Seguros Exel
CHPJ:21.487.730-0001-06

Elianinha Vieira da Silva

Assinatura do Declarante

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

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nogueira
Corretora de Seguros Exel
CHPJ:21.487.730-0001-06



Responso(a) e(s) Firmas(s) por Autenticidade
Elianinha Vieira
Data: 15 MAR 2019 de 2019
Local: Crato (ce)
Assinatura: ALBERTO FELIPE DE SOUZA - Testemunha
Lula: Fulano de Mattos - Substituto
José: Aguiar Nogueira - Encarregado
VIA: ELIANA VIEIRA DA SILVA

HOSPITAL SÃO RAMÔNTE

DATA DE EMISSÃO: 05/01/2019 10H

INT: 04/01/2019 10H

HOSPITAL SÃO RAMÔNTE

RECEBEMOS

RECEBEMOS

Maria Gazzinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.457.736/0001-06

RECEBEMOS

RECEBEMOS

Maria Gazzinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.457.736/0001-06

REVISTA MÉDICO DE CIRURGIA

—1 PACIENTE

64 (874)

ANSWER

Fraterna (Vaccinum) 17

OPERAÇÃO

ERACAO *Glossinae do Brasil* esp.

63

MATERIAL DE SAI

[redacted] 8 VU VT

Pré-câmara: todos os campos após
a câmara verso o aniversário

RECEBEMOS

1000

Wolfe Gomberg & F. 1910
Carlsbad Co. Sept. 20, 1910

decorative

800

ESTATE PLANNING FOR HOMES

74	OXIGÉNIO	
INICIO HORAS	TERM. HORAS	TOTAL DE HORAS

MÉDICO DE CIRURGIA

APACIENTE

PACIENTE
Alvaro Jesus de Silveira

DIAGNOSTIC

gnóstico entra dentro es

OPERACAO

RACAO Discretio clavifolia (L.)

- 6 -

MATERIALS AND METHODS

Step 8: V.U. V.T

• MEDICAMENTOS DE SALA

RECOMENDOS

05 July 2009

Matri-Gelehrte P. 1800

Procurar todos os caminhos para a curva verso a direção

RECEBEMOS

四

74	OXIGÉNIO	Ass. de Enfermagem
INÍCIO HORAS	TERM. HORAS	TOTAL DE HORAS

ESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrencias Principais)

- Anestesia e anti-espasmo do paciente
- Injeção anestésica no nervo clávico e rectificação da ferida
- Sutura e fixação e fixação e fixação e fixação
- Sutura e fixação e fixação

ANESTESIA - (Ocorrencias Principais)

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

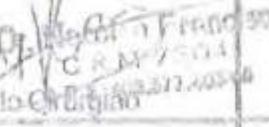


Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Data

04/01/19

1º Auxiliar

Cirurgião	Ass. e Carimbo do Cirurgião	Ass. e Carimbo
	 Dr. Gacineide Nobre CRM-7364 CREF-10374 Ass. e Carimbo	Ass. e Carimbo
	Ass. e Carimbo	Ass. e Carimbo

Data

Ass. e Carimbo do Anestesiista

Por favor, carimbe que participou, afixe sua assinatura ou o logotipo de sua clínica e também o número de seu CRM e o nome

Ass. e Carimbo do Anestesiista - CRM

DATA ATENDO	03/01/2019	REL ATENDO	5/3754
PACIENTE	CICERO JESUS DA SILVA FILHO	SEXO	MASCULINO
DATA NASC	03/04/1993	IDADE	25
CEP	20074-15657	CPF	063.429.393-14
NOME	MARIA VICINA DA SILVA		
ENDEREÇO	SITIO GUARIBA	BAIRRO	ZONA RURAL
MUNICÍPIO	SANTANA DO CARIMB	CEP	63190-050
TELEFONE	65938462995	REGIÃO	BRUNO ARTHUR MACEDO CRUZ
PLANOS DE SAÚDE	SUS	NAT. CLÍNICA	708168301567837
		TIPO DE ATENDO	CONSULTA

DEPARTAMENTO CLÍNICO: URGÊNCIA MENOR
DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 03/01/2019 20:05 Término da Classificação: 03/01/2019 19:59
 Classificador: ELIANE PAULINO DE LIRA
 Ponto de Entrada: 000000-RECEPÇÃO URGÊNCIA
 PERTONAB: TOLTE
 DIAZ: DIA 5 DEPARTAMENTO EM CLAVICULA ESQUERDA
 HORA: SANTANA DO CARIMB
 PTO DE CHEGADA: PONTO ATENDIMENTO
 DIAGNÓSTICO:

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMSE:.....
 A VITIMA SE TRATA DE UMA MULHER DE 25 ANOS SENSACIONANDO DOR EM CLAVICULA DIREITA
 NO EXAME:
 PESQUISAS:
 SEM SINALS DE SÍNDROME CONVULSIVA
 SEM SÍNTESE DE TEE
 SEM FEVEREIRO
 SEM DOR A PALPACAO PESADA OU A ADM
 SENSIBILIDADE AO SENSIMENTO COM FRATURA DIAFISÁRIA CLAVICULA COM DESVIO E CONTINUTIVA
 SÍNTESE:
 CARGESTA:
INTERNAMENTO
PREOP
TIPO DE RISCOS E COMPLICAÇÕES

ANAMSE FÍSICO
EXAME FÍSICO PRESTADOR
EXAME FÍSICO DIAGNÓSTICO
CONSULTA
RECEBEMOS

08 JUL 2019

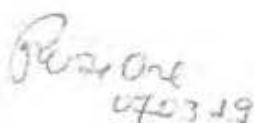
Maria Genivaldo F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.497.718/0001-06

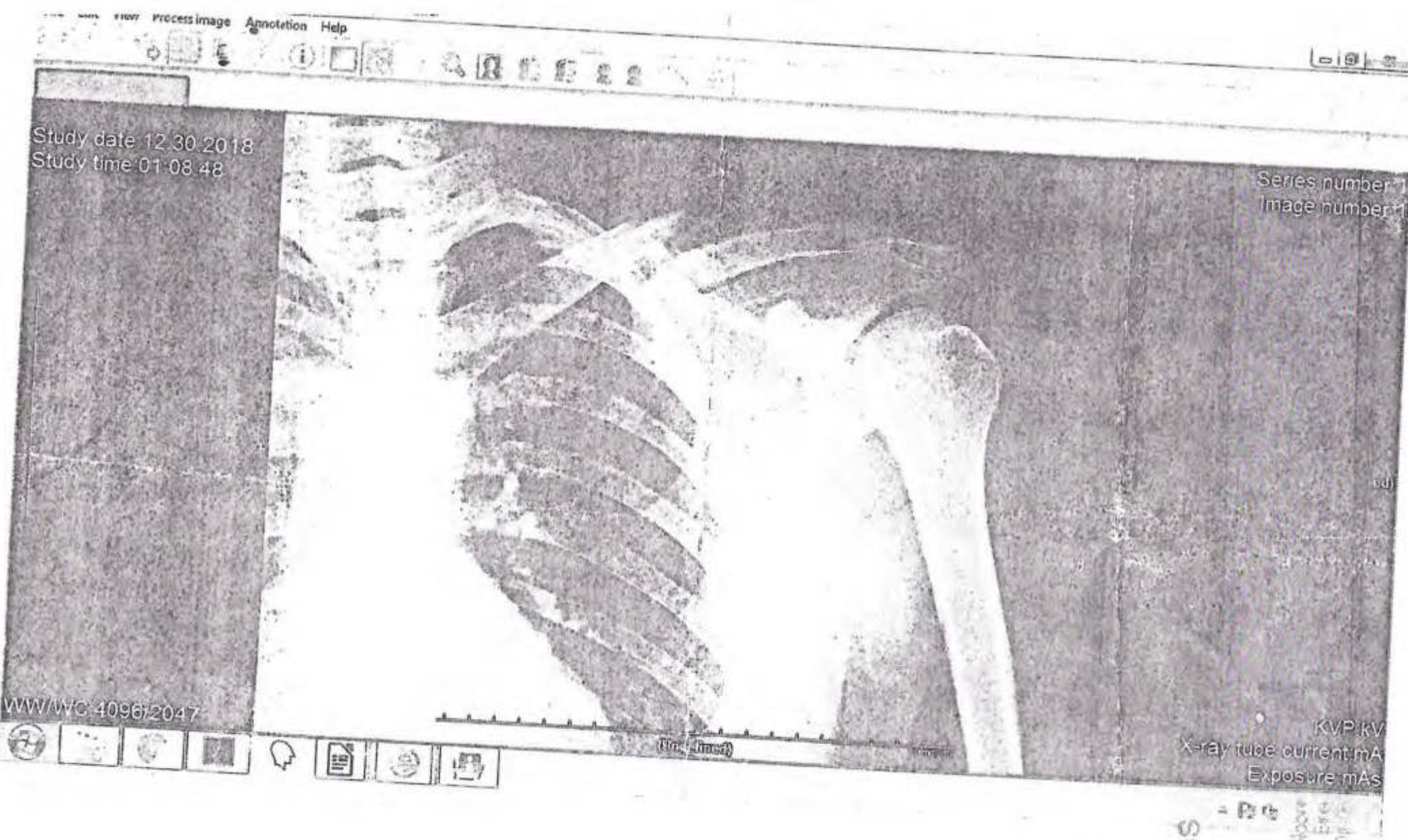
RECEBEMOS


Maria Genivaldo F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.497.718/0001-06

Assinatura e Carimbos de Médico

Ass. Paciente / Responsável





RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gonçalves F. Moreira
Centro de Saúde do Bem-Estar
CNPJ: 21.447.715/0001-00



WW/WC:4096/2047



Series number: 1
Image number: 1

KVP:kV

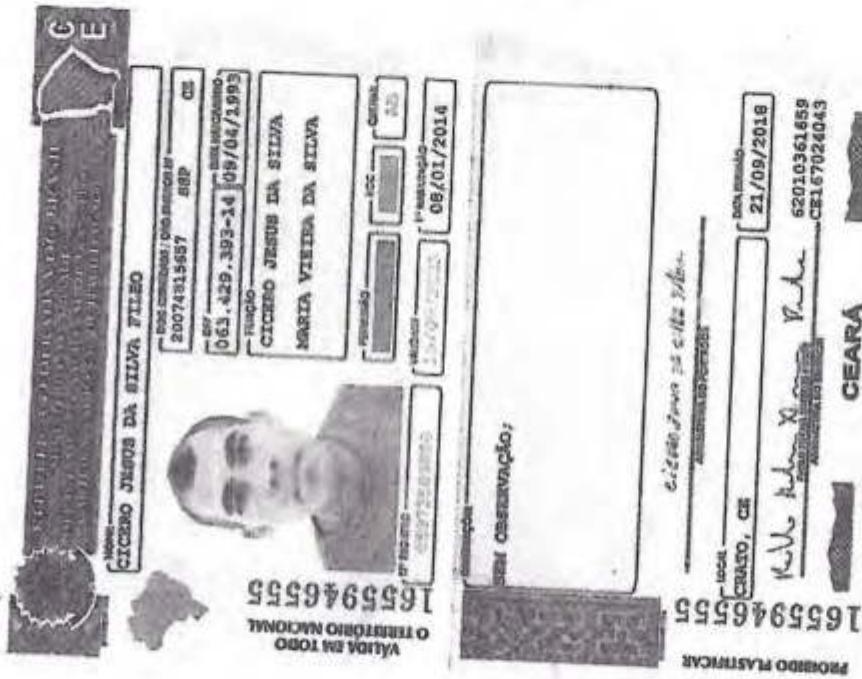
X-ray tube current: mA

Exposure:mAs

RECEBEKOS

03 JUL 2019

CEBEMOS
CEREBRO



RECEBEMOS

06 JUL 2010

Maria Gacimonde F. Nobre
Cedreiras de Sagrada Família
CNPJ 521.147.738/0001-05

RECEBEMOS

JUL 2010

Maria Gacimonde F. Nobre
Cedreiras de Sagrada Família
CNPJ 21.487.738/0001-05

卷之五

RECEDEMOS

卷之三



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190416001 **Cidade:** Santana do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO JESUS DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190416001 **Cidade:** Santana do Cariri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO JESUS DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ELCENIO DE JESUS DA SILVA ^{FILHO}, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: Autônomo, portador (a) do RG 20074815657, órgão expedidor: SSP/CE
e do CPF: 063.429.393-14, residente no (a): SILVA BURITIBA
nº 790, bairro: Vila Buriti, município: SANTANA DO CEARÁ-CEARÁ

OUTORGADO:

Processo de DAMS. (JESUSAS MECICAS)

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador do RG 1130536-86, órgão expedidor: SSP/CE e do CPF: 346.395.783-34, residente na Rua Mauricio Almeida nº 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceará

AGORA 31-12-2018

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

ELCENIO JESUS DA SILVA FILHO

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.



• ELCENIO JESUS DA SILVA 21/12/18
Assinatura do outorgante

Local e data, CRATO 12 DE MARÇO DE 2019
Nome: _____
CPF: _____



(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: JOSIMAR FERNANDES DA SILVA
CPF: 016.924.787-88

JOSIMAR FERNANDES DA SILVA
Assinatura

2º Nome: ELCENIO CONCEICAO SILVA

CPF: 060.028.823-03

Leandro Ferreira Silva
Assinatura

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacimida F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.187.735/0001-10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229150/19

Vítima: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

CPF: 063.429.393-14

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

CICERO JESUS DA SILVA
FILHO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

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

CICERO JESUS DA SILVA FILHO : 063.429.393-14

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: 08/07/2019
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE
CPF: 346.395.783-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

EVERARDO DE SOUSA LEITE

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE