
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

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

Nome completo: CICERO JESUS DA SILVA FILHO CPF: 063.429.393-14

Profissão: Autônomo Endereço: Sítio Bumbá Número: 790 Complemento: _____

Bairro: Vila Bumbá Cidade: SANTANA DO LAMPA Estado: CE CEP: 63190-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 88-996174242

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

RENTA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRABESCO - 23X

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5452 CONTA: 7639

(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.

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 extensão 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.

Maria Gacineide F. Nobre

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: _____ 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.

Local e Data: MAIO 20 DE MARÇO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

CICERO JESUS DA SILVA FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
 Impresso nº 2019442173



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **SÍTIO GURITIBA**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**
 Ponto de Referência:

Dados do(s) Vitima(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: **SÍTIO GURITIBA, 790**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**
 País: **BRASIL**

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
 CEP
 Corretora de Seguros Excl
 CNPJ: 21.487.735/0001-04

Telefone:

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: **COLISÃO**

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: 08/07/2019 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 Nº 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 SA - MAT.: 133981-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ROGERIO DEACON DA SILVA FILHO.

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Geacinda F. Nobre
 Corredora de Seguros Eirel
 CNPJ.21.497.728/0001-06

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: CICERO JESUS DA SILVA FILHO

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

Nome completo: CICERO JESUS DA SILVA FILHO CPF: 063.429.393-14

Profissão: Autônomo Endereço: Sítio Bumbá Número: 790 Complemento: _____

Bairro: Vila Bumbá Cidade: SANTANA DO LAMPA Estado: CE CEP: 63190-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 88-996174242

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

RENTA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO - 237

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5452 CONTA: 7639

(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.

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 extensão 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.

Maria Gacineide F. Nobre
CPF: 21.481.108-0001-05

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: _____ 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.

Local e Data: CRATO 20 DE MARÇO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

CICERO JESUS DA SILVA FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura 11 JUL 2019

(*) 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: <u>LICERO JESUS DA SILVA FILHO</u>		DN: <u>08/04/1993</u>	IDADE: <u>25</u>
NOME DA MÃE: <u>MARIA KIEIRA DA SILVA</u>		TEL: <u>994054890</u>	
ENDEREÇO: <u>SURITIBA</u>		Nº:	ESTADO:
CIDADE: <u>SANTANA DO PARIRI</u>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nº CNS: <u>745 1085 0166 1875</u>		ESTADO CIVIL:	
MÉDICO(A): <u>DR. CAROLINE</u>		CRM:	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: <u>Sintoma</u>			
CID:	PROCEDIMENTO: <u>Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor abdominal em ambos os quadrantes inferiores.</u>		
<u>1) Voltaren 1 amp - IM</u>			
<u>2) Dexametasona 1 amp - IM</u>			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: <u>3) Dipirona 1 amp + AD, EV, ag</u>			
<u>Paciente refere também, cefaleia e dor no abdômen.</u>			
TEMP.: °C	PA x mmHg	FR: <u>20</u> rpm	FC: <u>70</u> bpm
PESO: Kg	HGT:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO(A)	
DATA: <u>28/12/2018</u>		<u>DR. CAROLINE</u> <u>CRM - CE 18974</u>	
ASS. PACIENTE:		<u>4) Encaminhado à unidade de re</u>	
<u>Alfredo Silva de Souza Júnior,</u>			

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacinda F. Nobre
 Coordenadora de Serviços
 CNPJ 21.457.735/0001-07

ATO Declaratório

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: 000000007639-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1807201905000000000023705452000000007639168750 PAGO

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565612989

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
Instituída pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 29 011191 50 0324500
Nome CICERO JESUS DA SILVA
Endereço Postal

Medidor
3097114

Poste
0000 A345

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1606815 DN 7

VENCIMENTO
18/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
54,50

DESCRIÇÃO DA CONTA

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

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

Leitura 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 11/04/2019
Prev. Próxima Leitura 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 MES 0,85
MULTA MORATORIA 1,01
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 9,80

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

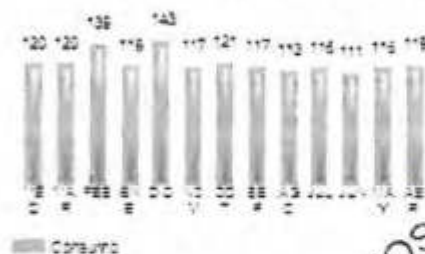
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,77

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
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00
DMIC (h)	5,78		3,51	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Getíndez F. Nobre

Controladora de Seguros ESE

CNPJ: 21.497.736-00

Autenticação do cliente

N° do Cliente: 1606815-7 N° da Nota Fiscal: 565612989 Total a Pagar (R\$): 54,50
Data de Emissão: 19/03/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle: 0001606815 00535 4377 2

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



RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Getíndez F. Nobre

Controladora de Seguros ESE

CNPJ: 21.497.736-00

SOCIEDADE ANÔNIMA DE ÁGUA E ESGOTO DO CRATO



Av. Teodorico Teles, nº 30 - Centro Crato - Ceará -
CEP: 63.100-161 Fone: (88) 3523 - 2044 -
C.N.P.J.: 07.172.885/0001-55
www.saaecrato.com.br / ouvidoria@saaecrato.com.br

**CONTA
DE ÁGUA**

Impresso Em: 04/01/2019 14:30:43

Impresso Por: 004

EVERARIO DE SOUSA LEITE
RUA MAURICIO ALMEIDA, 26
ZACARIAS GONCALVES 63100-000 CEARÁ
Localização: 00-28-002020

MES/ANO: 02/2019

NR. GUIA

190229759

CATEGORIA/QTDE

1-RES;

1-RES;

R-1

PROCESSO: 035515-6 COD. LEITURISTA: ****

DESCRIÇÃO	VALOR
TARIFA DE ÁGUA	48,90
TRIBUTOS B.CÁLCULO X ALIQUOTA	
PIC 48,90 1,65%	0,81
CONFIN 48,90 7,60%	3,72

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
//****	**/**/****	08/03/2019	48,90
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONS. FATURADO
****	****	020 m3	020 m3
NR DO HIDROMETRO	VAZAO	DIAMETRO	DATA DE INSTALAÇÃO
S/HIDROMETRO	0 m3		**/**/****

DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES				REMESSAGEM
MES	CONSUMO	NR DIAS	MEDIA	PREZADO CONSUMIDOR, CONTE COM ARRACADADOMES DA CAIXA ECONÔMICA LOTERICAS, CAIXA AQUI, SERVIÇOS ONLINE E DEBITO CONTA CORRENTE"
**	**	**		
**	**	**		
**	**	**		
**	**	**		
**	**	**		

DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIDE VERSO		PERÍODO DA ANÁLISE: 26/12/2018		
PARAMETRO	UNIDADE	VIP	TOTAL DE ANÁLISES REALIZADAS	VALOR MEDIO DETECTADO
COLOR	CL	1 à 5	839	1,16
COR	CR	0 à 15	0	0
COLIFORMES	CT	0 à 0	72	Aus.
ESCHERICHIA	EC	0 à 0	72	0
FLUOR	FL	0 à 1,5	0	0
PH	PH	6 à 9,5	839	6,8
TURBIDEZ	TR	0 à 5	0	0,49

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Diretora de Serviços Eireli
(31) 21.197.7700 ext. 105

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: 0800 022 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EVERARDO DE SOUSA LEITE
inscrito (a) no CPF/CNPJ 346.395.783-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
CICERO JESUS DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.429.393,14
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: Autônomo Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>RUA MARINHO ALMEIDA</u>	Número: <u>26</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ZACARIAS GOMES</u>	Cidade: <u>CRATO</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>EVERARDO@DPVAT@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>63110-130</u>	Tel.(DDD): <u>88-996174242</u>

Local e Data: Crato 19 de MARÇO DE 2019

Everardo de Sousa Leite
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

06 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Controladora de Seguros Efe
CPF 021.457.734-0201-05

RECEBEMOS

Maria Goreteide F. Nobre
Controladora de Seguros Efe
CPF 021.457.734-0201-05

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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ELIZANDIA VIEIRA DA SILVA,
RG nº 2002097009374, data de expedição 01/04/2012
Órgão SJP-CEARA, portador do CPF nº 048.352.293-77,
com domicílio na cidade de SANTANA DO CARUÍ, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SENNA DA BUENOS AIRES, 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: 9C2 KC03108 R164043
Data do Acidente: 31/12/2018

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Local e Data:

CNATO 15 DE MARÇO DE 2019

Maria Gecineide F. Nogueira
Corretora do Seguro Exat
CNPJ.21.497.736/0001-05

Elizandria 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 Gecineide F. Nogueira
Corretora do Seguro Exat
CNPJ.21.497.736/0001-05



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Let's go to the next slide.

Alcornoque 53250

Enfermeiro(a): ENCLASD

DATE: 03/07/2014 24:05

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Giacintoide F. Nobre
Quimica de Sargos Erel
PMP 121.157.7 1001-05

RECEBEMOS

912 422 0113

Maria Gecineide F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

HOSPITAL SMO RAIMUNE

11 JUL 07/01/2019 10H
SISTEMA DEUS DA SILVA FILHO

Date of Enc: 05/01/2019 10H

99.64%

RECEBEMOS

[illegible]

María Gascon de F. Noble
Coronela de Saguros Eireli
CNPJ: 21.457.738/0001-06

RECEBEMOS

blue ink 8.0

North Garrettsville F. Moore
7-10-1924 48 Sigsbee Eiref
11-18-1921 41 7.5 0.0011, 1.06

Preencher todos os campos após
a change verso o anverso

PACIENTE JESUS DE SOTO

DIAGNOSTICO
Estruina larvacea 1.59.

PAGAO
CROSSING DO TUBO, ESP

NORDA					GEORGIA					JULIA				
RUB					RUB					RUB				
UNIVERSAL					UNIVERSAL					UNIVERSAL				
CÓDIGO 8-11					CÓDIGO 8-11					CÓDIGO 8-11				
04					04					04				

MEDICAMENTOS DE SALA

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gabriela F. Alonso
Cruzada da Sengon, Erel
Calle 12, no. 13333333

RECEBEMOS

500

Maria Carmine F. H. 200
Correio de São Paulo
CNPJ: 21.487.735-01-10

74	OXIGÊNIO	
INÍCIO HORAS	TERM. HORAS	TOTAL DE HORAS

Aug. 24 (Enderby)

$$P_{\text{avg}} = 45 \text{ (in dBm)}$$

$$L = \bigcup_{i=1}^n L_i \quad \text{with } L_i \cap L_j = \emptyset \quad \text{for } i \neq j$$

Preparar todos os cartões após a primeira versão e 40x150

PACIENTE
NOME: Jesus da Silva

DIAGNOSTICO
Fractura de cuello de escápula

RACAO
Associative Law with 639.

[illegible]

MEDICAMENTOS DE SALA

REC'D 11/10/05

09 JUL 2019

María Guadalupe Pineda
Corredora de Saguaro Inc.
Calle J-21, Apt 7, Tucson, AZ 85710

RECEBEMOS

802.84

Mariana Carneiro de F. Moura
 Comissão de Seguros Evid.
 Comissão de Seguros Evid.
 CNPJ 21.437.788/0001-01

Ass. An. Entom. 27

Assessment of the

74	OXIGÊNIO	
INICIO HORAS	TÉRMO HORAS	TOTAL DE HORAS

Av. Teodorico Teles, 99 - Crato - CE - Fone: 3523.2600

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- Anestesia e anti-espasmo do intestino
- Incisão antroanastomótica sobre a cicatrizada
- Redução da fístula e direção e / placa + pontos de 3,3 mm
- Sutura por placa

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Correio de Saguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS



Maria Gacineide F. Nobre
Correio de Saguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Data 04/07/19

Cirurgião	1º Auxiliar
Ass. e Carimbo do Cirurgião	Ass. e Carimbo
2º Auxiliar	Ass. e Carimbo

Data Ass. e Carimbo do Anestesiista

Reserva de espaço para rubricas, a leia de espaço da assinatura do anestesista e carimbo com nome de unidade e registro

Ass. e Carimbo do Anestesiista - CRM

DATA ATEND: 03/01/2019
 PACIENTE: CICERO JESUS DA SILVA FILHO
 DATA NASC: 09/04/1993 IDADE: 25
 RG: 2007415657 CPF: 065.429.393-14
 NEE: MAPIA VICINA DA SILVA
 ENDEREÇO: SÍTIO GURUPIRA BR
 CIDADE: SANTANA DO CARIMU UF: CE
 CEP: 63190000
 TELEFONE 1: 86998462995 TELEFONE 2:
 PLANO DE SAÚDE: BPA SUS MATRÍCULA: 706168501667837
 TIPO DE ATEND: CONSULTA
 PRIORIDADE CLÍNICA: 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 Coren: 394772
 Porta de Entrada: 000000-RECEPCAO URGENCIA
 PERSONAL: TOLPA
 TÍTULO: DOR E DEBILIDADE EM CLAVICULA ESQUERDA
 LOCAL: SANTANA DO CARIMU
 FIM DE CIRCULO: PRONTO ATENDIMENTO
 ENCAMINHAMENTO:

ATENDIMENTO MEDICO

ANAMNESE:
 PACIENTE VITIMA DE TRAUMA LA DO OMBRO EVOLUINDO COM DOR EM CLAVICULA DIREITA
 AO EXAME
 EM PRESENTAÇÃO
 COM SINAIS DE SINDROME COMBASTIMENTAL
 COM SINAIS DE TET
 COM SINAIS
 COM SINAIS A PALPAÇÃO OMBRO OU A XEM
 PARTICIPANTES DO SORBITO COM FRATURA DIAFISARIA CLAVICULA COM DESVIO E CONTINUTIVA

EXAME
 CLAVICULA

INTERNAMENTO

PREOP

TIENTE DOS RISCOS E COMPLICAÇÕES

EXAME FÍSICO

EXAME COMBASTIMENTAL

EXAME DIAGNOSTICO

CONDIÇÃO

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Genilde F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.497.729/0001-06

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Genilde F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.497.729/0001-06

Assinatura e Carimbo de Médico

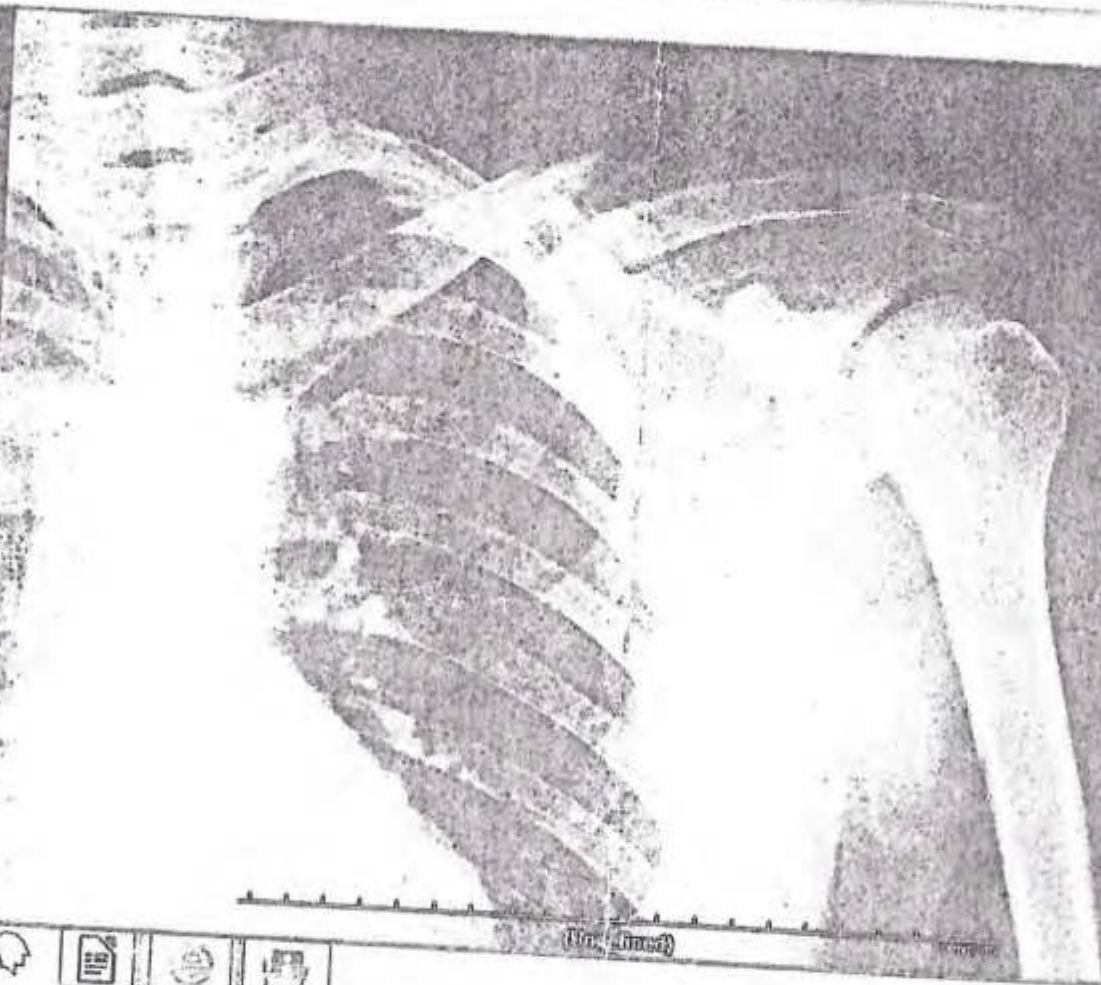
Ass. Paciente / Responsável

08 JUL 2019

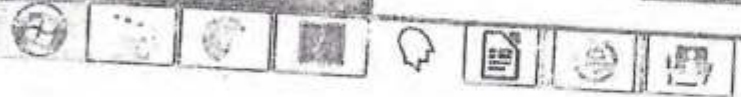


Study date 12.30.2018
Study time 01:08:48

Series number 1
Image number 1



WWW/NC 4096/2047



KVP.kV
X-ray tube current.mA
Exposure.mAs

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Gabriela F. Moore
Diretora de Serviços
CHP 221.447.757

Impressão

DADOS DO PACIENTE

Nome, Data de Nascimento, Idade, Sexo

Endereço: Rua ... nº ...
 Bairro: ...
 Cidade: ...
 Estado: ...
 CEP: ...

Responsável: ...
 Bairro: ...
 Telefone: ...
 Pai: ...
 Mãe: ...
 RG: ...
 Raca: ...
 Estado Civil: ...

DADOS DE ATENDIMENTO

Nome: ...
 Endereço: ...
 Bairro: ...
 Cidade: ...
 Estado: ...
 CEP: ...

Data/Hora: ...
 Convênio: ...
 Cerador: ...
 Tipo Atendimento: ...
 Atendente: ...

RESUMO DE TRATAMENTO

Data

ANTECEDENTES PESSOAIS

MIA

AVC

ALERGIA A DROGAS

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS

PA =

FV =

FR =

TA =

ACV

AR

SEXO

NEUROLÓGICO

ECG

AO =

RV =

PULSO

CONDUTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNIFORME

ASSINATURA

TRANSP. P/ MÉDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Paciente/Responsável

RECEBEMOS

08 JUL 2019

FUNDACÃO DESENVOLVIMENTO DE HUMANAS / HOSPITAL SÃO MARCOS
 AV. WOTOMITO TELAS 2100 - JARDIM LUIZ CARLOS - CEP: 13.100-160

TEL: (051) 21 487 7000 - FAX: (051) 21 487 7001

CEP: 13.100-160

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Genivaldo F. Nogueira
 Coordenadora de Seguros Efe
 CNPJ 21.487.700/0001-00

Study date:12.30.2018
Study time:01:08.48

Series number: 1
Image number: 1

WWW/WC:4096/2047

KVP:kV
X-ray tube current:mA
Exposure:mAs

RECEBEMOS

03 JUL 2019

RECIBIMOS

Grainridge F. Moore
Camp 11, 1877
1877 724901.05

1655946575
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome: CÍCERO JESUS DA SILVA FILHO

RG: 20074915857 **UF:** CE

CPF: 063.429.393-14 **Data de Nascimento:** 08/04/1993

Função: CÍCERO JESUS DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA VIEIRA DA SILVA

Sexo: M **Idade:** 25 **Cor da Pele:** AD

Observação:

Cícero Jesus da Silva Filho

Local: CEARÁ **Data de Emissão:** 21/09/2018

Assinatura: *Maria Garciaide F. Nobre* **CPF:** 52010361659 **CE:** 167024043

CEARA

RECEBEMOS

08 JUL 2019

Maria Garciaide F. Nobre
Correia de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-05

RECEBEMOS

Maria Garciaide F. Nobre

Maria Garciaide F. Nobre
Correia de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-05

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

Valoração 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

Valoração 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: EICENIO 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): Sítio GURUUBA
nº 790, bairro: Vila Guruzi, município: SANTANA DO CARAMURÁ - CE

OUTORGADO:

PROCESSO DE DAMS. (GASTOS MÉDICOS)
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
Maurício Almeida nº 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceara

ADOTE 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

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.

EICENIO DE JESUS DA SILVA FILHO
Assinatura do outorgante

3º OFÍCIO

Local e data, CRATO 12 DE MARÇO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

1ª Nome: JOSIMAR FERNANDES DA SILVA

CPF: 006.924.783-88

Josimar Fernandes da Silva
Assinatura

2ª Nome: LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 060.028.823-03

Leandro Rodrigues da Silva
Assinatura



RECEBEMOS

08 JUL 2019

RECEBEMOS

Maria Gacineida F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 13.487.736/0001-00
Maria Gacineida F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 13.487.736/0001-00

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

Titular do CPF: 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

EVERARDO DE SOUSA LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE