

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03302-2

CONTA: 000000081046-0

Nr. da Autenticação 3B1F1821317AF25C



Nº de inscrição:

005703450

CHAMADO CLIENTE

ELIZEUDA COSTA SOBRINHO

RUA 09 RESIDENCIAL MARACANAU I, 1336, CAMADO
MARACANAU

61913-090

146 083 0022 0086 0303
03 00

001 000 000 000

AGUA 617FUGR635 151 175 20 10

20/09/2019 20/09/2019 5438581
20/08/2019 21/10/2019

QUALIDADE DA AGUA (DISTRIBUICAO RESOLUTIVA)					
07/2019					
Nº de Amostragem	Classe	Tempo	Outras	Outras	Outras
Exatidão	103	103	029	103	103
Reprodutibilidade	113	113	113	113	113
Exatidão	113	113	112	109	113

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Constatamos débito de R\$ 233,82. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AGUA		Mês		Mês	
TRANSF. LIT. DE AGUA	4/4	18,55	set/18	0	0
JUROS/MULTA TARIFA CONT		3,62	out/18	0	0
PARCELAMENTO DE DEB	4/4	48,30	nov/18	0	0
MULTA DE 2%		2,25	dez/18	1	0
JUROS DE 0,033% AO DIA		1,11	jan/19	2	0
ACRESC. INPUK1 AGUA FARI		1,27	fev/19	17	0
TARIFA DE CONTINGENCIA		60,25	mar/19	16	0
			abr/19	17	0
			mai/19	16	0
			jun/19	22	0
			jul/19	17	0
			ago/19	21	0

PIS		VALOR DO SERVIÇO	
COFINS	2,03		215,70
	10,13	VALOR DO SUBSIDIO	3,65
		VALOR TOTAL A PAGAR	212,05

09/2019

08/10/2019

212,05

CHAMADO CLIENTE
CAGECE - Companhia de Saneamento de Fortaleza
Cidade: Fortaleza, Estado: Ceará, Cep: 61913-090
A Cagece disponibiliza o serviço de atendimento em conta de
prestação de serviços de saneamento básico.

Cagece

Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,

conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e
Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 385 1919. Domina
localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do
Ceará: 0800 375 3834. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Mais informações pelo telefone:

8h às 17h, no site

de 8h às 12h e 13h às 17h.

ou no

0800 385 1919

CAGECE

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

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 11 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | **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 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 0.513/98.

Pelo exposto, eu CENA NUNES DE FREITAS.

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EUZEUDO COSTA SOBRINHO Inscrito (a) no CPF sob o nº 052.113.533/82

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EUZEUDO COSTA SOBRINHO

Inscrito (a) no CPF sob o nº 052.113.533/82, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 08</u>	Número: <u>550</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>NOVO MARACANAÚ</u>	Cidade: <u>MARACANAÚ</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61.905-510</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: MARACANAÚ - CE 21.11.2019


Assinatura do Declarante

Atte 150 gms + Chizma
600 gms, 29, e 7-
de De meta (SFC)
de 19.8.19, remissão
Fórmula para Dr. Chizma
em Testamento

15199

CLAUDIO EUPRASIO
FARMACIA TRAFALGAR
CRM 254078

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 7416
Nome: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO		CNS: 701.006.876.965.70	
Idade: 29 anos 3 meses 24 dias		Data Nasc: 25/04/90	
Nome da mãe: MARIA COSTA SOBRINHO		Nome do pai:	
Endereço: 09		Nº: 336	
Bairro: RESIDENCIAL		Município: MARACANAÚ	
RG: 20072133613	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
26072133613			
Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	
	8688464711		
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 19/08/19		Hora: 15:35:02	
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO		CRM: 11696	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convênio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 336		Situação:	
Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO			

AMARELO ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE: ()

AZUL: ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

*Prisão de um braço do
punho D. 1º (V)*

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

RX Braço (C) 1º / punho

DIAGNÓSTICO: *Fratura na base do 1º*

PROCEDIMENTO: *co. e fratura do 1º*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

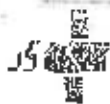
*Dr. Rogério Araújo do Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 11696*

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

0303090153
K. Costa

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO BENEFICENTE DE FORTIFICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUÇOS
CNPJ: 08.587.811/0001-06
MARACANAÚ-CE 24/09/2019



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ABEMP

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2. CNES

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4. CNES

ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

237215-0

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE

6. Nº DO PRONTUÁRIO

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS

8. DATA DE NASCIMENTO

9. SEXO (1- MASCULINO/ 3- FEMININO)

701006876965794

25.04.1990

1 X 3

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11. TELEFONE DE CONTATO

MARIA COSTA SOBRINHO

85 988464711

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)

R- 09, N. 1336, RESIDENCIAL

13. MUNICÍPIO

14. IDGE

15. UF

16. CEP

MARACANAU

CE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10

21. PRINCIPAL

22. SECUNDÁRIO

23. CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. LEITO/CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/ 2- URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)

1

2

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

(Outro verificação)

29. DATA

30. CNS/CPF

31. ASSINATURA E CARIMBO - C/ CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE DO SEGURO

35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE

36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAFETO

37.

38. CNPJ DA EMPRESA

39. CNAE DA EMPRESA

40. CBO

41. CID PRINCIPAL

42. CID SECUNDÁRIO

43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA (1- GUA)

43. LEVE

44. GRAVE

45. GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DATA

48. CNS/CPF

49. NOME DO PROFISSIONAL / PARECEER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA

49. Nº DE SÉRIE DA BILHETE

52. DATA

53. CNS/CPF

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH

55. ÓRGÃO EMISSOR DA AIH

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____
UNIDADE DE INT/LEITO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____
TELEFONE: _____ DATA DE INTERNAMENTO: _____

MOVIMENTO SAÍDA:

☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO

ÓBITO:

☐ DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE ☐ DECLARAÇÃO IML/SVO

TRANSFERÊNCIA:

☐ ESTABELECIMENTO/ HOSPITAL TRANSFERIDO: _____

RESUMO CLÍNICO:

TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA DA REALIZAÇÃO, CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, ÓRTESE, PRÓTESE, ETC)

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: (DISCRIMINAR E QUALIFICAR TODOS OS EXAMES)

ORIENTAÇÕES:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA

Carimbo circular com o texto: "ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA (ABEMP) - PRONTUÁRIO COM ORIGINAL ASSINADO E CARIMBO DE PAJUÇARA - 08/10/91"



Associação Brasileira de Emergências Médicas e Cirúrgicas

Convênios: SIH/SUS-INAMPS

ALTO

ENFERM.

LEITO

GLH

PACIENTE: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Natural de: FORTALEZA

Sexo: MASC

Cor: PARDA

Nasc: 25.1

Doc. Ident: 20072133613

Est. Civil:

Profissão:

Endereço: R-09

Nº 1336

Bairro:

RESIDENCIAL

Município: MARACANAÚ

Fone:

85 9850171

Nome do Pai: FRANCISCO EPIFANIO SOBRINHO

Natural de:

Nome da Mãe: MARIA COSTA SOBRINHO

Natural de:

Responsável:

Endereço:

Nº1094

Bairro:

Internação Anterior?

Admissão

26/08/19

Hora: 1

Tem Acompanhante?

Alta

Hora

Origem

Clínica

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

SSM

Fratura Fechada

Fratura Fechada

Fratura Fechada

Fratura Fechada

Fratura Fechada

COPIA ORIGINAL
ASSINADA E CARIMBADA
08/08/19

COBRANÇA MOTIVO CARACT.

☐ ☐ ☐ ☐

A

B

C

D

E

F

G

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Médico Assistente:

RX SIMPLES

☐

SANGUE

☐

Análise

☐

RX CONTRASTE

☐

RH (-)

clínica

PROFISSIONAL

LEITO

ENF. OU APTO.

NOME DO PACIENTE

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

DATA E HORA

28/08/14

paciente em
 tratamento com D

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 COPIA ORIGINAL
 28/08/14

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

NOME
ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

DOC IDENTIFIC / OUTRO IDENTIFIC Nº
20072133613 SSP CE

CNPJ
052.113.333-82 DATA NASCIMENTO
25/04/1990

FUNÇÃO
FRANCISCO EPIFANIO
SOBRINHO
MARIA COSTA SOBRINHO

PERMISSÃO
ACC
CATIA

Nº REGISTRO
05101901807

VALIDADE
23/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/2010

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/03/2015

15480005818
CE146759613

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

Em caso de pericia
(85) 98841.6709
99919.7442
99850 5855



PESSOA AUTOMATICAMENTE
 A NOVAÇÃO SE NÃO FOR
 PRODUZIDA DO SUBSTITU-
 DA PELA INDICAÇÃO DESE-
 VA, SUBSTITUÍDO POR ADOR-
 AS PENALIZADO E/OU SOLTE-
 LO. 1978/88-1

347.084.482-87 2651741/93
 375607707/87 SSP-CE
 104 00060 16 02 1993

Celia Nunes de Freitas
 ASSINATURA DO TITULAR DA CÉDULA

CÉDULA DE IDENTIDADE
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
 COREN - CE

AUXILIAR DE ENFERMAGEM 007271 AE

CELIA NUNES DE FREITAS
 JOSE MARTINS NUNES
 MARIA FELIX DE PAIVA NUNES

PONTE BOA-AM 31 08 2005
 BRASILEIRA 16 11 1969

Fortaleza 17 08 2004

VÁLIDA EM AMBITO ES-ADUAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190693593 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P.7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: EUZEUDO COSTA SOBRINHO, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão NOTÁRIO, residente e domiciliado à Rua 09, nº 1336, bairro RESIDENCIAL CABIDO, Município de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARÁ, Cep. 61.913-090, portador(a) do Rg nº 20072133613, SSP/CE e CPF nº 052.113.533-82.

Outorgado: CELIA NUNES DE FREITAS, brasileiro (a), estado civil: DIVORCIADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado (a) à Rua 08, nº 550, bairro NOVO MARACANAÚ, Município de MARACANAÚ, Estado de (o) CEARÁ. CEP: 60.905-510 portador (a) do RG nº 265174193 SSP/CEARÁ e CPF nº 347.084.482-87

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) EUZEUDO COSTA SOBRINHO, ocorrido em 19/08/2019, 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.

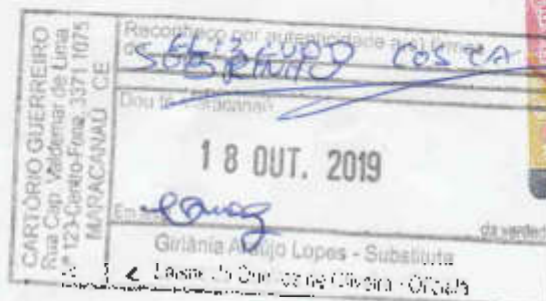
MARACANAÚ-CE, 18 de OUTUBRO de 2019

CARTÓRIO
GUERREIRO

Outorgante

CPF Nº 052.113.533-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411703/19

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

CPF: 052.113.533-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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

ELIZEUDO COSTA SOBRINHO : 052.113.533-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

CELIA NUNES DE FREITAS

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693593

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693593

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693593

Vítima: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Informamos que o pagamento da indenização do 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 punhos

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: ELIZEUDO COSTA SOBRINHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003302-2

Conta: 0000081046-0

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052.113.533-82 4 - Nome completo da vítima: ENZEUDO COSTA SOBRINHO

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

5 - Nome completo: ENZEUDO COSTA SOBRINHO 6 - CPF: 052.113.533-82

7 - Profissão: NOTÁRIO 8 - Endereço: RUA 09 9 - Número: 1336 10 - Complemento:

11 - Bairro: RESIDENCIAL J 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.913-090

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3302 CONTA: 81.046

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MARACANAÚ - CE 18.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052.113.533-82 4 - Nome completo da vítima: ENZEUDO COSTA SOBRINHO

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

5 - Nome completo: ENZEUDO COSTA SOBRINHO 6 - CPF: 052.113.533-82

7 - Profissão: NOTÁRIO 8 - Endereço: RUA 09 9 - Número: 1336 10 - Complemento:

11 - Bairro: RESIDENCIAL J 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.913-090

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3302 CONTA: 81.046

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MARACANAÚ - CE 18.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 10000 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 14:45:16**
Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2019 14:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV 14, JEREISSATI II - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIZEUDO COSTA SOBRINHO**
Nascimento: **25/04/1990** CPF: **052.113.533-82**
RG: **20072133613** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA COSTA SOBRINHO**
FRANCISCO EPIFÂNIO SOBRINHO
Endereço: **RUA 09, 1336**
Bairro: **RESIDENCIAL I/CAGADO**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-7146**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local supracitados, estava pilotando a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN, de placa HVG-8072/CE, CHASSI 9C2KC08105R843332, registrada em seu nome, quando ao chegar no cruzamento na Avenida 14, um carro, não sabendo informar placa, que estava em alta velocidade, avançou a sua preferencial e colidiu na sua moto; Que, após isto, o motorista se evadiu do local sem prestar o devido socorro; Que, o declarante caiu na pista de rolamento e bateu com a cabeça no chão perdendo um pouco a consciência, declarando que foi socorrido por populares, pois não recebeu atendimento do SAMU, Ambulância ou qualquer órgão semelhante, declarando que ao retornar sua consciência, ligou para sua esposa de nome Elisângela Ferreira Meneses Costa, a qual foi de imediato para o local do acidente em um carro particular e levou o declarante para o Hospital Dionísio Lapa, localizado a Pajuçara/Maracanaú; Que, em face do acidente, o declarante sofreu fratura em seu punho direito; E nada mais disse:///////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


CLEILTON HOLANDA PEREIRA - MAT.: 30099710

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :


PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 10000 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 14:45:16**
Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2019 14:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV 14, JEREISSATI II - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIZEUDO COSTA SOBRINHO**
Nascimento: **25/04/1990** CPF: **052.113.533-82**
RG: **20072133613** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA COSTA SOBRINHO**
FRANCISCO EPIFÂNIO SOBRINHO
Endereço: **RUA 09, 1336**
Bairro: **RESIDENCIAL I/CAGADO**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-7146**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local supracitados, estava pilotando a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN, de placa HVG-8072/CE, CHASSI 9C2KC08105R843332, registrada em seu nome, quando ao chegar no cruzamento na Avenida 14, um carro, não sabendo informar placa, que estava em alta velocidade, avançou a sua preferencial e colidiu na sua moto; Que, após isto, o motorista se evadiu do local sem prestar o devido socorro; Que, o declarante caiu na pista de rolamento e bateu com a cabeça no chão perdendo um pouco a consciência, declarando que foi socorrido por populares, pois não recebeu atendimento do SAMU, Ambulância ou qualquer órgão semelhante, declarando que ao retornar sua consciência, ligou para sua esposa de nome Elisângela Ferreira Meneses Costa, a qual foi de imediato para o local do acidente em um carro particular e levou o declarante para o Hospital Dionísio Lapa, localizado a Pajuçara/Maracanaú; Que, em face do acidente, o declarante sofreu fratura em seu punho direito; E nada mais disse:///////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


CLEILTON HOLANDA PEREIRA - MAT.: 30099710

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :


PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052.113.533-82 4 - Nome completo da vítima: ENZEUDO COSTA SOBRINHO

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

5 - Nome completo: ENZEUDO COSTA SOBRINHO 6 - CPF: 052.113.533-82

7 - Profissão: NOTÁRIO 8 - Endereço: RUA 09 9 - Número: 1336 10 - Complemento:

11 - Bairro: RESIDENCIAL J 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.913-090

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3302 CONTA: 81.046

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MARACANAÚ - CE 18.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052.113.533-82 4 - Nome completo da vítima: ENZEUDO COSTA SOBRINHO

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

5 - Nome completo: ENZEUDO COSTA SOBRINHO 6 - CPF: 052.113.533-82

7 - Profissão: NOTÁRIO 8 - Endereço: RUA 09 9 - Número: 1336 10 - Complemento:

11 - Bairro: RESIDENCIAL J 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.913-090

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3302 CONTA: 81.046

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devina, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MARACANAÚ - CE 18.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)