

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307739/19

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

CPF: 605.549.413-25

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: LEANDRO JOSE PAIVA
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS : 605.549.413-25

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: 05/09/2019
Nome: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS
CPF: 605.549.413-25

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS
Data do Acidente: 14/08/2008 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 605 549 413-25

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originals)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 605 549 413-25
E-mail: LEANDROPAlVA84@HOTMAIL.COM Tel.: (85) 9 9969-8305
Data: 26/08/2009 Assinatura: Leandro Jose PAIVA dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CORREIOS
Atendente: GUSTAVO Matrícula: 121218-5
Data: 26/08/2009 Assinatura: GUSTAVO LIMA DOS SANTOS
Módulo Comercial

TESTEMUNHAS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PROTEÇÃO CIVIL, DEFESA CONTRA INCÊNDIOS E PROTEÇÃO PATRIMONIAL

Assinatura do Titular
Francisco Jean Araújo

Carteira de Identidade

Retrato

Polgar Direto

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 2009097022351 DATA DE EMISSÃO: 05/09/2018

NOME: FRANCISCO JEAN ARAÚJO

FILIAÇÃO: JOSÉ MARIA DE ARAÚJO
ANTÔNIA ARAÚJO SILVA

MUNICÍPIO: FORTALEZA - CE DATA DE VALIDADE: 06/07/1998

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1. OFÍCIO TERMO: 25.165 FOLHA: 164
LIVRO: A-24 - TRAIRI - CE
403.530.853-63

2 VIA

Assinatura do Diretor
Francisco Jean Araújo

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

NOME: LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA
 FILIAÇÃO: DOMINGOS HERNANDES OLIVEIRA DA SILVA
 NATURALIDADE: IRAIRI - CE
 DATA DE NASCIMENTO: 07/08/1997
 DATA DE EMISSÃO: 12/04/2013
 VALIDADE: 2008/12/30 - 8
 CATEGORIA: 071.031.083.82
 LIVRO: 26 IRAIRI - CE
 FOLHA: 139V
 CATEGORIA: 071.031.083.82
 LIVRO: 26 IRAIRI - CE
 FOLHA: 139V

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Folegar Direto

Leonardo Oliveira da Silva.

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

testemunhas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE Nº 013789442843
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - PARTIC - EXERCÍCIO
DANI 01 1143925375 0000000000 2018

GUILHERME SOLON MACHADO

FORTALEZA/CE

60363042342 PLACA
PO04531

PLACA ANT/UT - CHASSI
*****/CE 9CZKD1000JR108280

ESPÉCIE TIPO - CONSUMTIVO
PAB/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MTD
HONDA/NXR 160 BROS 2017 2018

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR PRK/MAINANT
2P/OCV/162CC PARTIC PRETA

COTA UNICA - VENC. COTA UNICA - VENC. COTA
I ***** ** **/ **/ ** 1* *****
P FAIXA IPVA - PARCELAMENTO/COTA 2* *****
A *** ***** ** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÃO
AL.FID. BV FINANCEIRA S A CFI; *****

LOCAL - DATA
FORTALEZA 21/02/2018

SEGURANÇA OBRIGATORIA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
MOTOCICLOS DE VIA TERRESTRE OU POISSON GERAL APESSAR
TRANSPORTADAS OU NÃO, SETOR DPVAT

CE Nº 013789442843 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2018

60363042342 PO04531
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0300 022 1204

013789442843 50601286158

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 21/02/2018

VIA - OFF / ONPJ - PLACA
01 60363042342 PO04531

RENAVAM - MARCA/MODELO
1143925375 HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB - COT. INC. - Nº CHASSI
2017 09 9CZKD1000JR108280

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRK (R\$) - DEB. DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A RESERVA COBRADO (R\$)

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC. 193682/38 INSCRIÇÃO DPVAT
MOTOR: KD10E0J108250



100

CONTRON

OUT-2017

151494329

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

04064658497

0605013140771 REP CE

605 549 413-25 31/03/1994

JOSE LEANDRO DOS SANTOS
FRANCISCA ALVES PAIVA
DOS SANTOS

25/11/2019 07/05/2016

Documentos de Identificação



151494329

PRODUTOS PLÁSTICOS

SEM OBSERVAÇÃO

Leandro Jose Paiva dos Santos

ITAPIPOCA, CE

02/07/2015

88262013410

CE148219004

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
605.549.413-25

Nome
LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Nascimento
31/03/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
5CF4.857D.6CE1.D2CF

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 14/04/13 às 14:40:13 de dia 30/03/2013 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Leandro Jose Paiva dos Santos

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
2006019160771
DATA DE
EMISSÃO
5/10/2006

NOME
LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

NASCIMENTO
31/03/1994

POC ORDEM
GERT.NASQ. 724 L A/01 F

TRAIRI-CE
362 CANAA/TRAIRI-CE

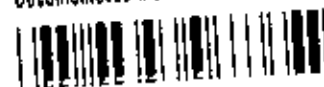
NATURALIDADE
ISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS

NASCIMENTO
31/03/1994

POC ORDEM
GERT.NASQ. 724 L A/01 F

TRAIRI-CE
362 CANAA/TRAIRI-CE

ASSINATURA DO PADRÃO
LEI Nº 7.180 DE 2006



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

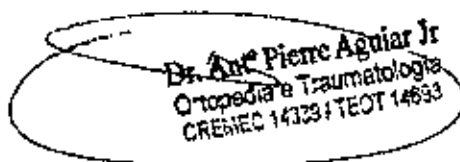
RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Socorro José

Receita do Ombro Din

AP



ITAPIPOCA, ____ de ____ 20__

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 86 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

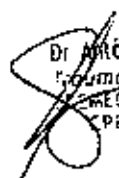
www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Mrs. Le. José Rous de Siqueira

Expediente


Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
Traumatologia - Ortopedia
MEC/CE 3289 - SBO 1113
CPF: 091.102.083-72

ITAPIPOCA, _____ de _____ 20____

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

Vallu an de

03/01/2018

08:00

142-626



Dr. ~~Walter~~ ~~Agudas~~ ~~Nehr~~
TRANSBLOOD - ORTHOPEDIC
CROSSBLOOD INSTRUMENT 1997

Verfahren zu 14

14/11/2015

1917
The De la Cruz V. - 1917

Wardha on 10/11/2019

2011/3018
18-000

Don't know



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Marlene José Paula de Sousa

19/09/2018

081008

[Handwritten signature]

Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
reumatologista - Ortopedia
RECEITO 3289 - SBOT 1113
CRE 091.102.083-72

ITAPIPOCA, _____ de _____ 20____

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Telxela de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

San Jan José Paulo de Siqueira

05/09/2018

08:00

At de clínic
MM

Dr. André Pierre Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CREMECIDE 8789-6007 1113

ITAPIPOCA, de 20

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Leandro José Paiva dos Santos

ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NESTE SERVIÇO POR FRATURA DA CLAVICULA DIREITA . NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PARA TRATAMENTO ADEQUADO .

CID: S42.0

ITAPIPOCA - 12 DE AGOSTO DE 2018



ITAPIPOCA, ____ de ____ 20__

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Marcelo Soares de Souza
compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

☒ Permanecer afastado do trabalho (30) dias
dias a partir de 08/09/2018

Observações: Presença de dor lombar

CID: _____

ITAPIPOCA 19 de 09 de 2018

Dr. Antônio Aguiar Neto
MÉDICO - ORTOPEDIA

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
FAX: 88 3631.5100



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapioca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

USO ORAL :

1) IBUPROFENO 600MG 10 COMP
TOMAR 1 COMP DE 12/12H

USO TÓPICO

ORIENTO :

- RETORNO DIA 08/09/18
- USO DE TIPOIA E DO 8 GESSADO.

Dr. Ab. Pierre Aguiar Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14683 / TEST 14683

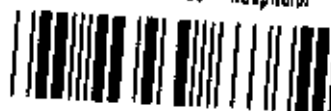
ITAPIOCA, _____ de _____ 20__

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapioca CE
Tel: 88 3631.5100

FICHA DE REFERÊNCIA

Documentação médica - hospitalar



Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Edson José Gomes de Santos Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 31/3/1971 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Exame de urina para diagnóstico de infecção urinária

Resultado de Exames: Exame de urina: 7/11/11

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Infecção urinária

Assinatura do Encaminhante: Nº Registro _____ Função _____ Data 12/11/11 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Exame de urina

Unidade de referência: _____ Data: 12/11/11 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: 12/11/11

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

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

Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____ Função _____ Data _____ Hora _____

Reanudo José Paula dos Santos

DN - 31.03.1994

mãe - Fca. Maria Paula dos Santos
EU00 - Lavraço

Nº 1617000 6781

Idade: 22:30h

Localidade: Oeiras

Amplamente

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 246736	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS	CNS 898003492681818	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 605.549.413-25			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 31/03/1994	Local TRAIRI/CE			Idade 24 Ano(s)
PAI JOSE LEANDRO DOS SANTOS	MÃE FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS			
Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Bairro BOA ESPERANCA	CEP 62890-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão VIGILANTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 85 98084415
Responsável FRANCISCA TAINAN IRIS	CPF do Responsável	Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2018	Hora 01:41	Convênio SUS	Matrícula	Cid
Profissional de Atendimento TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA	CRM/RUF 16901/CE			Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário ALEXANDRINA FERREIRA GOMES			
Observação				
Seta	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36,1	78	15	110 X 80	100	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 12/08/2018 02:04

Responsável pela Classificação: MORYEL MONTE DE SOU

Relatório:

Paciente deu entrada no PA, vítima de acidente motociclistico, relata que teve perda de consciência no local.

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

12/08/2018 03:24:44h Responsável: TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA CRM-CE 16901

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO ÀS 20H30, COM EJEÇÃO DO CAPACETE; COM PERDA DE CONSCIÊNCIA POR ALGUNS MINUTOS, COM PÓSTERIOR RECUPERAÇÃO DA MEMÓRIA. REFERE EPISÓDIOS DE NÁUSEAS ISOLADOS, SEM SEGUIMENTO POR VÔMITOS. NEGA DISPNEIA, DOR ABDOMINAL. REFERE-NOS PERDA DA ADM DO OMBRO ~~ESQUERDO~~ *direito*.

EX. FÍSICO: PACIENTE EM RÉGULAR ESTADO GERAL; HIDRATADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE; GLASGOW=15

EX. CV: RCR; 2T; BNF; SEM SOPROS;

EX. AP RESP: MVU; S/ RA

EX. ABD: INOCENTE

EXTREMIDADES: FRATURA PALPÁVEL DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ~~ESQ~~ *DIR*.

CD: ANALGESIA

SOLICITO PARECER DA TRAUMATORTOPEDIA

ALTA DA CLÍNICA MÉDICA

Dr. Tiago César Uchoa Pereira.
Médico
CREMEC: 16-901



TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA - CRM: 16901

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA TAINAN IRIS

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA TAINAN IRIS



SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MAT. SÃO VICENTE DE PAULO

Impressão: 12/08/2018 04:19

Página 1

-2717-001

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 248738	Atendimento 0003	Nome do Paciente LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS	CNS 696003492681818	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 605.549.413-25		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 31/03/1994		Local TRAIRI/CE	Idade 24 Ano(s)	
Pai JOSE LEANDRO DOS SANTOS		Mãe FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS		
Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70		Bairro BOA ESPERANÇA	CEP 62690-000	Município TRAIRI
Profissão VIGILANTE		Empresa	Cônjuge	UF CE
Responsável FRANCISCA TAINAN IRIS		CPF do Responsável	Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Município TRAIRI
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2018	Hora 04:19	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR			CRM/UF 14339/CE	Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Aclimatação			Funcionário DAVI DE LIMA	
Observação				
Sina	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (bpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (SaO ₂)
				Glicemia (mg/dL)

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

CEL.

Leandro José Paiva dos Santos

Ref. Gesso em "8"
Rx em controle

Dr. An^o Pierre Aguiar Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14339/CE

ANTÔNIO PIERRE AGUIAR JUNIOR - CRM: 14339

Francisca Tainan Iris
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA TAINAN IRIS

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:		Município:	
Distrito Sanitário:			
Nome:	Larissa Gomes Paiva dos Santos		
Sexo: M ☒ F ☐	Data de Nascimento:	31/03/94	
Endereço:		Bairro:	Fone:
Motivo do Encaminhamento: <u>Fratura da clavícula da</u>			
Resultado de Exames: <u>com o diagnóstico de fratura da clavícula da</u>			
Conduta já Realizada:			
Impressão Diagnóstica: <u>Fratura da clavícula da</u>			
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro		Função	Data
			12/06/12
			Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:	☐ Ambulatorial	☒ Hospitalar	☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento:	Tratamento ortopédico		
Unidade de referência:	Data:	Hora:	

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência:		Município:	
Resumo Clínico/Cirúrgico:		Prontuário Nº:	
Resultado de Exames:		Data:	
Diagnóstico Principal:		CID.:	
Secundário 1:		CID.:	
Secundário 2:		CID.:	
Proposta de Conduta para Seguimento:			
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐			
O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐			
Ass. do Encaminhamento e Carimbo		Função	Data
			Hora

002180

INSCRIÇÃO
49266250



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria de Gestão

DADOS DO CLIENTE

Nome: LEANDRO JOSE P DOS SANTOS

End. Leitura: AV BOA ESPERANÇA, 84, FAUSTINO VITAL, CENTRO

Cidade: TRAIRI

CEP: 62.690-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: DB5 Setor: 001 Quadra: 330 Lote: 0149' Contig: 0000
Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	MÉDIA SEMESTRAL (m³)
ÁGUA	A07F336809	58	59	3	2

DATAS

Leitura Atual: 25/05/2019 | Emissão: 18/06/2019 | Lacre Água: A07F336809

Leitura Anterior: 25/04/2019 | Próxima Leitura: 24/06/2019 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Col	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	16	16	10	16	16
Analisadas	15	15	15	15	15
Em conformidade	15	15	13	14	15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 M3 | META: 10 M3.

DIGA NÃO AO TRABALHO INFANTIL. DENUNCIEI DISQUE 100 OU

PROCURE O CONSELHO TUTELAR MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA.

NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR. O SIGILO É GARANTIDO.

CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 87,50. CASO PAGO, DESCONSIDERAR.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição dos Serviços	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	20,80	Mês/Ano: Água (m³) Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,27	0000 0
MULTA DE 2%	0,72	0000 0
		05/2018 2 0
		06/2018 1 0
		07/2018 3 0
		08/2018 2 0
		09/2018 3 0
		10/2018 3 0
		11/2018 3 0
		04/2019 3 0
		05/2019 4 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,28	Descrição	
COFINS	1,40	Valor do Serviço	42,09
		Subsídio(-)	12,80
		Total de Serviço	29,29

MÊS/ANO: 06/2019 | VENCIMENTO: 05/07/2019 | TOTAL A PAGAR (R\$): 29,29

OBRIGADO POR PAGAR

Apresentar este boleto em: RNE, Rua: Raimundo Faria, Centro, Trairi, Ceará. Ou em qualquer agência de cobrança. Ou em qualquer agência de cobrança. Ou em qualquer agência de cobrança. Ou em qualquer agência de cobrança.

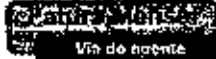
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resolução das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0185, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na unidade Cagece: 3101, 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. 556 da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Particulares: ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1818 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3538.



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria de Gestão



Via de notificação
apreciada

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 49266250

Mês/Ano: 06/2019

Cidade: TRAIRI

Vencimento: 05/07/2019

Total (R\$)

29,29

82690000000-9 29290000000-5 04926625000-7 01002822015-9



Comprovante de residência



IMP - PAT - CLIENTE 201906 13:13:13 - FIC - TRAIRI

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: 4020-1595 / 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

Declaração do proprietário do veículo



Eu, Guilherme Solon Machado

RG nº 2009009073722, data de expedição 23/12/15

Órgão DNT, portador do CPF nº 603.630.423-42

com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Padre Tibiapiá, nº 1640

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

LEANDRO JOSÉ PAIVA DOS SANTOS, cujo o condutor era

LEANDRO JOSÉ PAIVA DOS SANTOS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: NXR 160 BROS Ano: 2012/2018

Placa: P004531 Chassi: 9C2KD10003RA08280

Data do Acidente: 22/08/18

Local e Data: Fortaleza, 22/07/2019

Guilherme Solon Machado

Assinatura do Declarante

Leandro José Paiva dos Santos

Assinatura do Condutor

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

MD

CARTONI
MORAIS
do Deus

10º Tabelionato do Notas de Fortaleza
R. Castelo Mourguinho, 20 - Monte Castelo - Fortaleza - CE - CEP 60205-750
Fone: (85) 3228-0885 | Site: www.cartonimoraismd.com.br
Tabela: Mesa do Padre Botelho Mourão do Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:

GUILHERME SOLON MACHADO

Dou fé.

Fortaleza, 22/07/2019

Válido somente com o selo de autenticidade.

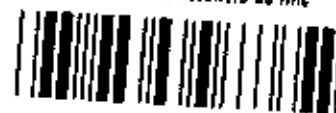
Em testemunho da verdade.

Adília Maria Bezerra de Almeida - Esc. Autorizada

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI
 Nº 2018502273

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561.4289 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **24/07/2019 11:43:07**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 21:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **VILA CURIMÃS**
 Complemento:
 Bairro: **CANABRAVA** Município: **TRAIRI/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS**
 Nascimento: **31/03/1994** CPF: **605.549.413-25**
 RG: **2006019160771** Órgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS**
JOSÉ LEANDRO DOS SANTOS
 Endereço: **VILA CARRAPICHO**
 Bairro: **CARRAPICHO**
 Município: **TRAIRI/CE**
 País: **BRASIL**



CEP: **62.690-000**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POO4531 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KD1000JR108280 Renavam: 1143925375 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR 160 BROS Ano Fabricação: 2017 Ano Modelo: 2018 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: GUILHERME SOLON MACHADO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o declarante que estava pilotando a motocicleta acima discriminada, quando caiu em vala aberta pela chuva, na estrada em que trafegava; que em razão da queda, fraturou a clavícula; que foi socorrido por funcionários da empresa em que trabalha, localizada na proximidades do local do acidente; Que foi atendido no Hospital de Trairi e encaminhado para o Hospital São Camilo, em Itapipoca, devido à gravidade; Que possui Carteira de Habilitação AB, sob o nº 06064658497; Que apresentou como testemunhas FRANCISCO JEAN ARAÚJO, filho de Antônio Araújo Silva, portador do RG nº 2009097022351, inscrito no CPF nº 603.530.853-83, residente na localidade de Criancó, s/n, Trairi, e LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA, filho de Livramento da Silva Pinto, portador do RG nº 2008472382-8, inscrito CPF nº 071.031.083-82, residente na localidade de Cotese, Trairi; Que registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT. E NADA MAIS DISSE.//////

As informações supramencionadas é de inteira responsabilidade do queixoso, sendo informado que fato inexistente é crime punível na forma da lei.

LEANDRO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI
Impresso nº 2019502273



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 1289 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOÃO BOSCO PEGADO PIRES FILHO - MAT.: 30118677

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

LEANDRO JOSE DA SILVA DOS SANTOS

VISTO DO DELEGADO(A) :

MICHEL ANDERSON FONSECA DE MEDEIROS - MAT.: 301197-3-8

TESTEMUNHAS:

1. Francisco Jean Araújo

2. Leonardo Oliveira da Silva.





TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

39

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 11/08/2018		Horário: 00:02		Paciente chegou: (x) Meios próprios () Ambulância	
Paciente: Leonardo José Paiva dos Santos					
Nome da Mãe: Srta. Alves Pereira dos Santos					
Idade: 24 anos		Sexo: M		Data de Nascimento: 31/03/1994	
Escolaridade:		Cartão do SUS: 848003432681818		Nº do RG: 948630843	
Telefone:					
Endereço: Parapicho			Bairro:		
Cidade: Trairi		Estado: CE		Atendente: Anuberto	
PA: 110/80 mmHg		T: °C		Glicemia: mg/dl	
P: Kg		Pulso: bpm		SPO ₂ : %	
Registro de Enfermagem:					
História Clínica: - Paciente, 24 anos, vítima de acidente de trânsito - queda de moto - sic - Trauma / dor no tornozelo dir - consciente, orientado					
Diagnóstico:					
Comp. Reg. de Acidentes Declarados					
Exames Solicitados					
1.		2.		3.	
3.		4.		5.	
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: Dr. Ant. Leomar Peixoto MEDICO CRM. 60627					
DESTINO DO PACIENTE				DATA DA SAÍDA	
() Alta () Transferência () Óbito				HORA DA SAÍDA	
Motivo do Óbito:					
Assinatura do Paciente ou Responsável: Francisca Alves Paiva dos Santos					

① Valium 75mg 1m 48A. (suspension)

② Propanid 100mg 5u 48A

in 100ml 58-921

88/15

Dr. AMY C. BERRY F. D. 10627
MEDICO
C. BERRY

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: 605.549.413-25 4 - Nome completo da vítima: LEONARDO JOSÉ DA SILVA DOS SANTOS.

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

5 - Nome completo: LEONARDO JOSÉ DA SILVA DOS SANTOS 6 - CPF: 605.549.413-25
7 - Profissão: SUPERVISOR SERVIÇO 8 - Endereço: RUA FAUSTINO VIDAL 9 - Número: 70 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOA ESPERANÇA 12 - Cidade: TAIARI 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 62.690-000
15 - E-mail: LEONARDO.DA.SILVA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 85) 9.9969-83.05

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 4379 013 CONTA: 12733 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



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 por invalidez permanente, uma vez que (assinhar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (filhos)? ☐ 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: Leonardo José da Silva CPF: 071.031.083-82

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Francisco José Araújo CPF: 605.530.853-83

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Leonardo José da Silva dos Santos.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador Rodolfo da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 2006019160741EXPEDIDO POR SSPEM 05/10/2006 ECPF (6)0(5)5(4)9(4)1(3)-(2)5 / CNPJ 00000000-000000-00, PROFISSÃO SUPERIOR SAU

E RENDA MENSAL DE R\$ 1200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4378-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12733-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4378-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12733-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TRAIRI26 de AGOSTOde 2019

LOCAL E DATA

Leandro Jose Paiva dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TRAIRI

DATA: 26/08/2019

HORA: 14:28:19

TERMINAL: 43781083

CONTROLE: 437810030508

AGÊNCIA: 4378 - TRAIRI

CONTA: 013.00012733-6

CLIENTE: LEANDRO JOSE P SANTOS

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
14/08	31,32

MOVIMENTAÇÃO

DATA	Nº.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR 173,42C

Julho

25/07	251021	CP MAESTRO	20,000
25/07	251023	CP MAESTRO	8,000
26/07	097025	CRED TEV	300,00C
26/07	261451	CP MAESTRO	21,430
26/07	261546	CP MAESTRO	15,000
26/07	261603	CP MAESTRO	10,000
26/07	261645	CP MAESTRO	70,000
26/07	261646	CP MAESTRO	70,000
26/07	190729	EST CP MAC	70,00C
29/07	291159	CRED TEV	300,00C
29/07	290912	SAQUE ATM	20,000
29/07	291031	SAQUE B24H	20,000
29/07	271748	CP MAESTRO	20,000
29/07	280820	CP MAESTRO	12,390
29/07	281041	CP MAESTRO	10,000
29/07	190729	SAQUETERMINAL	2,300
29/07	190729	SAQUETERMINAL	2,300
30/07	301842	SAQUE ATM	30,000
30/07	499619	PAG BOLETO	16,860
30/07	302023	CP MAESTRO	50,000
30/07	190730	SAQUETERMINAL	2,300
31/07	310931	CP MAESTRO	10,000

Agosto

01/08	000000	REM BASICA	0,00C
01/08	000000	CRED JUROS	0,01C
01/08	012142	CP MAESTRO	12,300
02/08	021502	CP MAESTRO	40,000
05/08	031651	SAQUE ATM	15,000
05/08	051328	CP MAESTRO	39,900
05/08	051742	CP MAESTRO	6,000
06/08	061645	SAQUE B24H	40,000
06/08	061035	CP MAESTRO	10,000

06/08	061303	CP MAESTRO	110,970
06/08	061309	CP MAESTRO	80,000
08/08	000745	CRED TED	350,00C
09/08	091112	SAQUE B24H	350,000
14/08	140936	CRED TEV	200,00C
15/08	150536	CP MAESTRO	40,000
18/08	000000	REM BASICA	0,00C
18/08	000000	CRED JUROS	0,00C
19/08	171134	SAQUE ATM	50,000
19/08	190809	SAQUETERMINAL	2,300
19/08	190819	SAQUETERMINAL	2,300
20/08	201117	CP MAESTRO	20,000
21/08	211845	CP MAESTRO	10,000
22/08	221205	CP MAESTRO	9,440
23/08	231144	CRED TEV	54,98C
23/08	230921	CP MAESTRO	80,000
23/08	231623	SO CX AQUI	100,000
26/08	401248	CP MAESTRO	3,400

RESUMO EM 23/08

SALDO	27,92C
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	27,92C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	27,92C

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
25/07	18:21	POSTO SAO TOME	20,000
25/07	18:23	POSTO SAO TOME	6,000
26/07	14:51	SUPERMERCADO ESTREMA	21,430
26/07	15:46	PAG*LauroMotos	15,000
26/07	16:03	POSTO ESTRELA	10,000
26/07	16:46	PAG*TrairienseGas	70,000
26/07	16:46	PAG*TrairienseGas	70,000
26/07	16:46	ESTORN/PAG*TrairienseG	70,00C
27/07	17:48	POSTO SAO RAIMUNDO	20,000
28/07	08:20	SUPERMERCADO ESTREMA	12,390
28/07	10:41	POSTO ESTRELA	10,000
30/07	17:23	SUMUP *PADARIAECONFEI	50,000
31/07	09:31	POSTO PADRE CICERO	10,000
01/08	21:42	PANIFICADORA PAO KENTE	12,900
02/08	15:02	POSTO SAO TOME	40,000
05/08	13:28	AGROMARCO	39,900
05/08	17:42	PAG*BarcorComercioDeA	6,000
06/08	10:35	POSTO SAO TOME	10,000
06/08	13:03	AMANDA C R MATIAS ME	110,970
06/08	13:09	PAG*LauroMotos	80,000
15/08	06:36	POSTO ESTRELA	40,000
20/08	11:17	PAG*LABSARAVIANA	20,000
21/08	18:45	POSTO SAO TOME	10,000
22/08	12:05	SUPERMERCADO ESTREMA	9,440
23/08	09:22	POSTO TETRA	80,000

TOTAL 704,030

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517961 Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190517961

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190517961

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 12/08/2018, emitido pelo Dr. TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA CRM nº 16901 - CE, da Instituição HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307739/19

Número do Sinistro: 3190517961

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

CPF: 605.549.413-25

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 14/10/2019
Nome: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS
CPF: 605.549.413-25

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517961 **Cidade:** Trairi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 06 // ANEXO 1: PÁG. 03 //

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307739/19

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

CPF: 605.549.413-25

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: LEANDRO JOSE PAIVA
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS : 605.549.413-25

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: 05/09/2019
Nome: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS
CPF: 605.549.413-25

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517961 **Cidade:** Trairi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

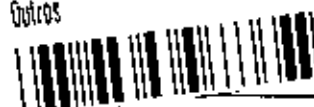
**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 06 // ANEXO 1: PÁG. 03 //

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



COBERTURA SOLICITADA

- ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **LEONORO JOSE PAIVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **11/08/18** Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: **605 549 413-25**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **LEONORO JOSE PAIVA DOS SANTOS**
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: **605 549 413-25**
E-mail: **LEONORO.PAIVA94@HOTMAIL.COM** Tel.: **(85) 9 95 69 8305**
Data: **04/10/19** Assinatura: **Leonoro Jose Paiva dos Santos**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):
Atendente: **Francisco Felisberto Portela** Matrícula: **949-2**
Data: **04/10/2019** Assinatura: **Francisco Felisberto Portela** Matrícula: **949-2**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307739/19

Número do Sinistro: 3190517961

Vítima: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

CPF: 605.549.413-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: LEANDRO JOSE PAIVA
DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 14/10/2019

Nome: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

CPF: 605.549.413-25

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO