



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)
Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01405051-0** em **25/08/2020 11:29:05**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0236146-16.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01405051-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/08/2020 11:29:05

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos [>> Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2745799_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2745799_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-37.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082668

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082668

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

40861392353

4 - Nome completo da vítima:

Franisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Franisco Everardo da Silva

6 - CPF:

40861392353

7 - Profissão:

Moto TAXI

8 - Endereço:

R. Einstein,

9 - Número:

1264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60730-145

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 98614-3425

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:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 29134

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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) 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, informar Vivos: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro/vainascer? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não

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: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 15/10/19

Francisco Everardo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (EXPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

408 613 923-53

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco Everardo da Silva

6 - CPF:

408 613 923-53

7 - Profissão:

Morto + Ati

8 - Endereço:

R. Einstein

9 - Número:

3264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730-145

15 - E-mail:

16 - Telefones:

(85) 98600-5397

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE CURIADOR) 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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POLIGUARIA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) Bradesco (231) Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 29134

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorra de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Cidade:

 Sim Não Cidade (município) Distrito Suburbano Suburbano/ruralmente Vila/vila24 - Data do
decesso 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

nascidos vivos?

 Sim Não

31 - Vítima teve imóveis?

 Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar

Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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
herdeiro
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data:

Fortaleza 01-11-19

Francisco Everardo da Silva

38 - 39 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 40 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

NÃO ALFABETIZADO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

408 613 923-53 Francisco Everardo da Silveira

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

5 - Nome completo:

francisco Everardo da Silveira

6 - CPF: 408 613 923-53

7 - Profissão:

Moto (TAXI)

8 - Endereço:

P. Einstein

9 - Número:

1264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730.145

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 9 8600-5797

DADOS CADASTRAIS

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:

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00
 21 - DADOS BANCARIOS: 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: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 29134

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

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

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

30 - Vítima deixou

nascituro (bebê morto):

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

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

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

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

40 - Local e Data,

Francisco Everardo da Silveira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

408 613 923-53 Francisco Everardo da Silveira

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

5 - Nome completo:

francisco Everardo da Silveira

6 - CPF:

408 613 923-53

7 - Profissão:

Moto (TAXI)

8 - Endereço:

P. Einstein

9 - Número:

1264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730.145

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 98600-5797

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 29134

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e 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 de 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 Sim Não teve filhos. Informar Vivos: Falecidos:29 - Vítima deixou nascituro (bebê morto): Sim Não30 - Vítima Sim Não teve irmãos?31 - Vítima Sim Não teve irmãos? Sim Não teve filhos?32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não pais/avós vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

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

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

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

40 - Local e Data,

Francisco Everardo da Silveira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3137 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**
MANUEL CLARINDO DA SILVA
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. ////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

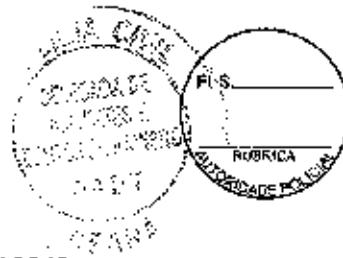
Francisco Everardo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3137 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**
MANUEL CLARINDO DA SILVA
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. ////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

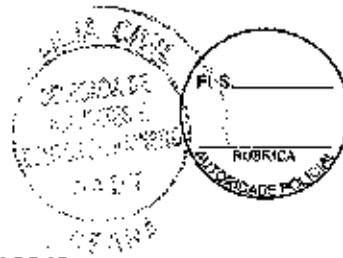
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3137 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**
MANUEL CLARINDO DA SILVA
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. ////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (EXPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

408 613 923-53

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco Everardo da Silva

6 - CPF:

408 613 923-53

7 - Profissão:

Morto + Ati

8 - Endereço:

R. Einstein

9 - Número:

3264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730-145

15 - E-mail:

16 - Telefones:

(85) 98600-5397

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE CURIADOR) 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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POLIGUARIA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) Bradesco (231) Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 29134

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o resultado do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Cidade:

 Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - Data do
decesso 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

nascidos falecidos?

 Sim Não

31 - Vítima teve imóveis?

 Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar

Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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
herdeiro/vit
rio alfabético

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

38 - 18 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 28 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - [*] Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Fortaleza 01-11-19
Francisco Everardo da Silva

NÃO AFETADAMENTO

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

408 613 923-53 Francisco Everardo da Silveira

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

5 - Nome completo:

francisco Everardo da Silveira

6 - CPF:

408 613 923-53

7 - Profissão:

Moto (TAXI)

8 - Endereço:

P. Einstein

9 - Número:

1264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730.145

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 9 8600-5797

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 29134

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e 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 de 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 Sim Não teve filhos. Informar Vivos: Falecidos:29 - Vítima deixou nascituro (bebê morto): Sim Não30 - Vítima Sim Não teve irmãos?31 - Vítima Sim Não teve filhos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)

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

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

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

40 - Local e Data,

Francisco Everardo da Silveira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

NÃO ALFARETIZADO

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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000029134-6

Nr. da Autenticação 2AB74D16613F6DDC

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
 End.Letra: RUA EINSTEIN, 1264, VII-A PERI
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60.730-146
 End. Entrega:
 Cidade:
 Logr: 001 Setor: 028 Quadra: 0182 Lote: 0414 Cep: 0000
 Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Litura Anterior	Litura Atual	Volumetria	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A18N053413	258	274	16	19

DATAS

Litura Atual: 08/10/2019	Sanitário: 28/10/2019	Lacre Água: 318982
Litura Anterior: 10/09/2019	Próxima Leitura: 11/11/2019	Lacre Exte:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE AO: 08/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichiu Coli
528	528	125	528	528	528
541	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 29 m3 | META: 23 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

EMISSÃO: GESSE 28/10/2019 11:07:13

Descrição dos Serviços		Valor (R\$)	Histórico de Volume		
			Mês/Ano	Água (m³)	Exte (m³)
ÁGUA		68,09	OUT/2018	9	0
ESGOTO		47,58	NOV/2018	9	0
MULTA DE 2%	1/4	2,13	DEZ/2018	8	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/4	0,14	JAN/2019	7	0
ACRESC.IMPONT.AGUA	1/1	0,02	FEV/2019	22	0
TARIFA CONTINGÊNCIA			MAR/2019	17	0
			ABR/2019	14	0
			MAI/2019	14	0
			JUN/2019	27	21
			JUL/2019	21	16
			AGO/2019	17	13
			SET/2019	21	15

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,13	VALOR DO SERVIÇO	133,81
COFINS	5,63	VALOR DO SUBSÍDIO	16,86
		VALOR TOTAL A PAGAR	117,96

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2019	01/11/2019	117,96



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

Mais informações pelo telefone 0800 275 0185, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

CAGECE
CENTRO DE ATENDIMENTO
0800 275 0185

Governo do Estado do Ceará

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003298574	Código de Responsável:	Mês/Ano: 10/2018		
Logr: 001	Setor: 28	Quadra: 0182	Lote: 0414	Conjunto: 0000
	Subsetor:	Subquadra:		
Cidade: FORTALEZA		Habituamento: 01/11/2019	Total (R\$): 117,96	

82670000001-9 17960009700-2 00329857401-7 00074731045-6



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
 End. Lateral: RUA EINSTEIN, 1264, VII-A PERI
 Cidade: FORTALEZA CEP: 60.730-146
 End. Entrega:
 Cidade:
 Logr. 001 Setor: 028 Quadra: 0182 Lote: 0414 Cep: 0000
 Subsistema: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Lataura Anterior	Lataura Atual	Volumetria	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A18N053413	258	274	16	19

DATAS

Lataura Atual: 08/10/2019	Sanitário: 28/10/2019	Lataura Água: 318982
Lataura Anterior: 10/09/2019	Próxima Lataura: 11/11/2019	Lataura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE AO: 08/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichiu Coli
528	528	125	528	528	528
541	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 29 m3 | META: 23 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.

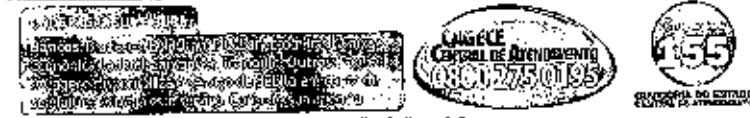
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

EMISSÃO: GESSE 28/10/2019 11:07:13

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA		68,09	OUT/2018	9	0
ESGOTO		47,58	NOV/2018	9	0
MULTA DE 2%	1/4	2,13	DEZ/2018	8	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/4	0,14	JAN/2019	7	0
ACRESC. IMPONTE ÁGUA	1/1	0,02	FEV/2019	22	0
TARIFA CONTINGÊNCIA			MAR/2019	17	0
			ABR/2019	14	0
			MAI/2019	14	0
			JUN/2019	27	21
			JUL/2019	21	16
			AGO/2019	17	13
			SET/2019	21	15

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,13	VALOR DO SERVIÇO	133,81
COFINS	5,63	VALOR DO SUBSÍDIO	16,86
		VALOR TOTAL A PAGAR	117,96

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2019	01/11/2019	117,96



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

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

Entidade Reguladora: ARCPB - Autoridade de Regulação, Recuperação e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 335 1919 - Ouvidoria Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados no Estado do Ceará: 0800 275 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003298574 Código de Responsável: Mês/Ano: 10/2018

Logr. 001	Setor: 28	Quadra: 0182	Lote: 0414	Conjunto: 0000

Cidade: FORTALEZA	Habentimento: 01/11/2019	Total (R\$): 117,96
-------------------	--------------------------	---------------------

82670000001-9 17960009700-2 00329857401-7 00074731045-6





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. Francisco Everardo da Silva - C.P.F. 408.613.923-53, no dia 09/12/2018, às 05h10min, na Rua Antonio Costa Mendes, no Bairro Parque São José, vítima de acidente de trânsito.

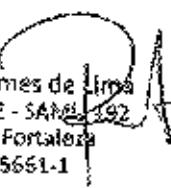
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº P558099/2019.

Fortaleza, 18 fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1


Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Recogida consumido, analgesico forte, suspeito de SSVU.

ASS. /COREN:

Jorge Souza

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

USUÁRIO

RECUSA

REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG.:

OUTRO:

ÓBITO →

NO LOCAL

DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / HS: / /

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

SAMU EM: / / às / / hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



0-558099/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEHICULO: 87 PONTO DE APOIO: DVO N° DA OCORRÊNCIA: 0122

DATA: 09/12/18 TURNO: 2N EQUIPE:

NOME: Flá - Everardo da Silveira IDADE: 52 SEXO: M

ENDERECO: Rua Antônio Costa Mendes 1560

PERTENÊNCIA: Agente de Ponto / Segurança BAIRRO: Pq. São José

QDT: 4:45 QUS: 5:10 QUV: 5:40 QUD:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Quida de moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input checked="" type="checkbox"/> PERVÉAS	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

A. OBSTRUÇÕES POR: _____

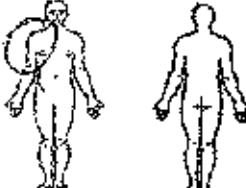
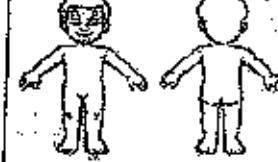
B. PADRÃO RESPIRATÓRIO

INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSÃO		AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO				
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ATRINTE				

PULSO		PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORRÓCARDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CREDO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> SÍDOREICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUÍCARDICO	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> PÁUDA	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICARDICO	<input checked="" type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICO	<input checked="" type="checkbox"/> QUENTE	
LOCAL: _____			<input type="checkbox"/> FRÍA	
			<input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg	
			<input type="checkbox"/> > 2 seg	

ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA: <input checked="" type="checkbox"/> 4 À VOZ: <input type="checkbox"/> 3 À DOR: <input type="checkbox"/> 2 RENHUMA: <input type="checkbox"/> 1	ORIENTADO (A) / SÓRIS (P) CONFUSO (A) / ACORDO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCOSOLÁVEL (P) SÓRIS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMERTE (P) NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
TOTAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1		OBEDECE A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA
PUPILLAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Pato com luxação do ombro doloroso.	

SAMPLA
P: 70 PA: 120/80 FR: 18 SIC: 099 ODM: 99 TEMP: Pato vítima de queda de moto com luxação no ombro doloroso.
Migas abertas e somorribolhas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOSSO PACIENTE FRANCISCO EVERARDO DA SILVA CNPJ:	RESIDENTE 08/03/1966 (52 ANOS)	CPF 361805	RG 240784
NOSSA MULHER MARIA PIRES DA SILVA ENDERECO: RUA ANTÔNIO COSTA MENDES 1386 VILA PERI CEP: 60.730-175	NOSSO RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO FORTALEZA	SEXO M	RACIA PARDO

OCCORRÊNCIA

Local: HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSE OMBRO DESLOCADO DIREITO TRAZIDO PELO SAMU 198-87	TIPO DESLOCAMENTO DE MÉTERO	ESTADO SAÚDE DO CORPO 98 (ADULTO)
POSO NI KO TEMPERATURA NI °C CLASSIFICAÇÃO VERDE	PROBABILIDADE NUNCA ALTA NEGA	ESTADO NI CORPO NI
	RESPONSÁVEL PARECER/EXAME MARIA HELENTINA MOREIRA DA ROCHA	DATA PARECER/EXAME 09/12/2016 09:36:48

ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO BÁSICO

Até 100% de gravidade
não é urgente
não é vida

fracturas do ombro 30309022

DATA PROcedimento: 09/12/2016 09:36:48

EXAMES:
 HC EU US ABDOMINAL TC CRANIO RAY-X OUTROS

PRESCRIÇÃO BÁSICA		
ABORTAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>fa do ombro</i>	<i>Objetivo</i>	
<i>Próximamente</i>		

TIPO DE ALERGIA/ÁREA

DECISÃO MÉDICA: A PEDIDO EVAISÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA ISNL ANAT. PATOL
Data para o óbito: 09/12/2016

Impresso por maria helentina moreira da rocha em 09/12/2016 às 09:38:53
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

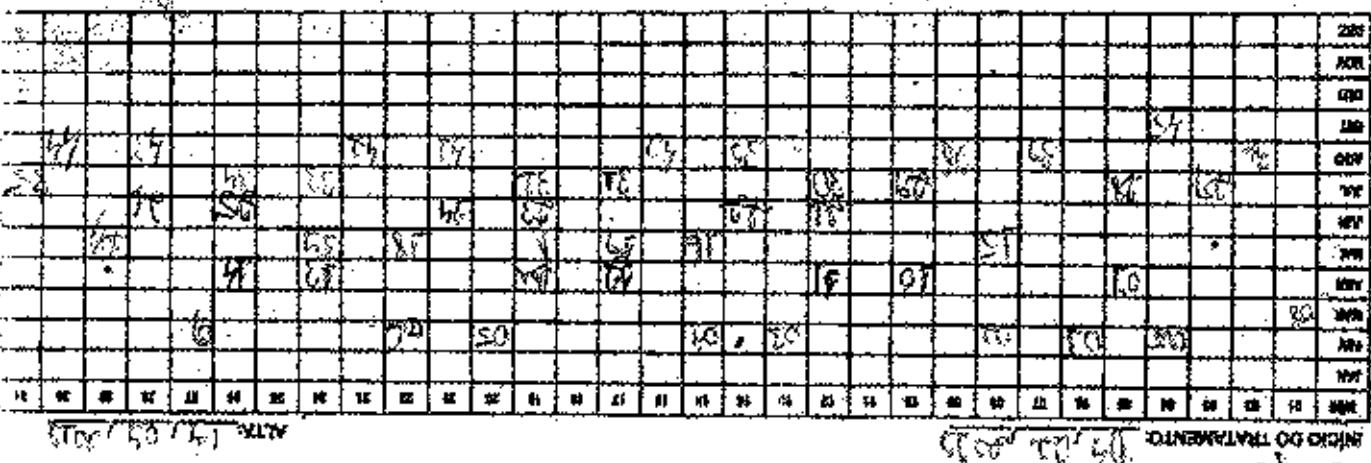
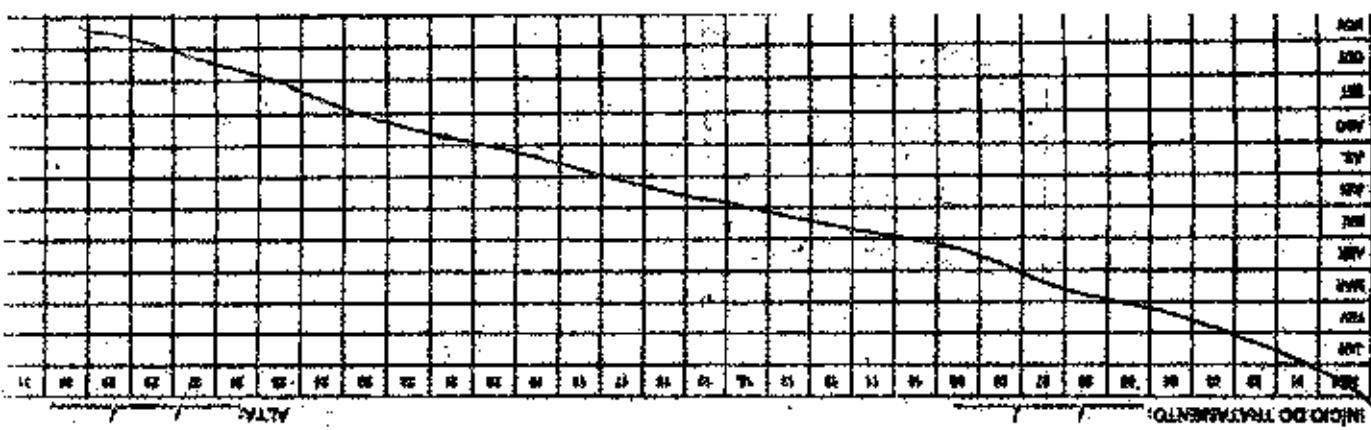
Francisco Everardo da Silva
FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA
ACEITO QUICOM CONFERIR COPIA

C

ER. OCUPACIONAL

FISIOTERAPIA



Dados do Paciente:

Nome: Fábio Oliveira Silveira
 Idade: 52 Sexo: Masculino Femin. Telefone: (31) 600 5733
 Endereço: Rua São João, 126
 Bairro: Alto da Boa Vista Cidade: Porto Alegre
 Professor: Leandro de Oliveira - Fisioterapeuta

Procedimento:

Cirurgia Imóvel-Cessante Força

Especialidade de Tratamento:

Fisioterapia Terapeu-Occupacional Serviço Social

Dias do Tratamento:

2º e 4º 3º e 5º 2º, 4º e 6º

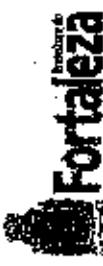
Toda semana Outros: 1x por semana

Trepa. Vertebral:

massagem exercícios
terapias massagem

Terapeu. Occupacional:

educação exercícios
atividades funcionais



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUN. SANTA JOSE MARIA DE OLIVEIRA
FORTALEZA/RN
Av. Celso da Mota 1157 - Fortaleza - CEP 59020-300 - Fortaleza - RN
Teléfones: (84) 3211-7221

RECEITA

Tratamento de S. C.

Por Dr. estrelado em
Sofá de
oncisa Dr. malandro b

Dr.
Dr.
Dr.
Dr.

Dr. Vitorino de Queiroz Teixeira
CRM-RN 11837

DATA: 28/09/19

RECEITA	Fox Fernando do Nascimento	CRM-MÉDICO(A)
	Av. das Laranjeiras, 1000	DATA: 28/12/18
	Caixa Postal 1000	
	Fortaleza - CE	
	CEP: 60130-120	

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV. OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 3121-17322 EMAIL: secretaria.hdmjbo@smc.fortaleza.re.gov.br



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Fernanda Evangelista da Silva encontra-se de ALTA do tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de doença de Parkinson, tendo iniciado seu tratamento em 04/03/2011 até o dia 04/09/2011.

Fortaleza, 04/09/2011

Cynthia Evangelista Vieira

Assinatura do fisioterapeuta
Fisioterapeuta
CRM-FOR-6123965

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

SERVÍCIO DE FISIOTERAPIA – DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Fábio Everardo da Silveira
está em tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de doença de Parkinson e
tendo iniciado seu tratamento em 01/02/2019, prosseguindo até a presente data.

Fortaleza, 07/06/2019

Codes from Evangelie Weave

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

Sociedad
Educativa



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

(1)



Buscar no site



A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO ATENDIMENTO CENTRO DE
DPVAT (/Pontos-de- DADOS E SALA DE TRABALHE
Atendimento) ESTATÍSTICAS IMPRENSA CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

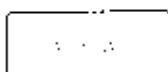
Sua busca por placa: PMG0645 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2019	R\$84,58	Quitado	[link]
-	2018	R\$185,50	Quitado	[link]

Data Pagamento	Valor Pago
03/07/2018	R\$185,50

+	2017	R\$185,50	Quitado	[link]
+	2016	R\$292,01	Quitado	[link]
+	2015	R\$148,09	Quitado	[link]

(*) Motocicleta



ACESSIBILIDADE

RECEITA	Fox Fernando do Nascimento	CRM-MÉDICO(A)
	Av. das Laranjeiras, 1000	DATA: 28/12/16
	Caixa Postal 1000	
	Fortaleza - CE	
	CEP: 60130-120	

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV. OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 3121-17322 EMAIL: secretaria.hdmjbo@smc.fortaleza.re.gov.br



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA – DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Fernanda Evangelista da Silva encontra-se de ALTA do tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de doença de Parkinson, tendo iniciado seu tratamento em 04/03/2011 até o dia 04/09/2011.

Fortaleza, 04/09/2011

Cynthia Evangelista Vieira

Assinatura do fisioterapeuta
Fisioterapeuta
CRM-FOR-6123965

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

SERVÍCIO DE FISIOTERAPIA – DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Fábio Everardo da Silveira
está em tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de doença de Parkinson e
tendo iniciado seu tratamento em 01/02/2019, prosseguindo até a presente data.

Fortaleza, 07/06/2019

Codes from Evangelie Weave

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

卷之三



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. Francisco Everardo da Silva - C.P.F. 408.613.923-53, no dia 09/12/2018, às 05h10min, na Rua Antonio Costa Mendes, no Bairro Parque São José, vítima de acidente de trânsito.

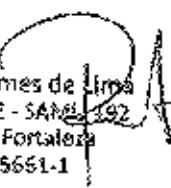
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº P558099/2019.

Fortaleza, 18 fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1


Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Recogida consumido, analgesico forte, suspeito de SSVU.

ASS. /COREN:

Jorge Souza

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

USUÁRIO

RECUSA

REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG.:

OUTRO:

ÓBITO →

NO LOCAL

DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / HS: / /

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às / / hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOSSO PAÍS	FRANCISCO EVERARDO DA SILVA	Nº DOCUMENTO 361805	Nº DO RG 240784
ONDE	02/03/1966 (52 ANOS)	SEXO M	RACIA PARDO
NOSSA MÃE	MARIA PIRES DA SILVA	NOSSO PAI	
ENDEREÇO	RUA ANTÔNIO COSTA MENDES 1386 VILA PEREIRAS	ENDERECO	CEP 60.730-175

OCCORRÊNCIA

Local da ocorrência: Rua Antônio Costa Mendes 1386 Vila Pereira

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSE	UMERO DESLOCADO DIREITO TRAZIDO PELO SAMU 198-87	TIPO	DESLOCAMENTO DE MEMBRO
ESTADO	NL	EDADE DO PACIENTE	60 ANOS

POSO	NI KO	PROTEÇÃO	EXOZ	PAUTA	DATA
		NUNI	NP%	NH	NH
TEMPERATURA	NL	ALERTA			
CLASSE	VERDE	NEGA			

RESPONSÁVEL PARECER/CONSELHO: MARIA HELENTINA MOREIRA DA ROCHA

DATA PARECER/CONSELHO: 09/12/2016 09:36:48

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

ATENDIMENTO BÁSICO

Até 100% de utilização
Nº de atendimentos: 30309022

ATENDIMENTO:
 HC EU US ABDOMINAL TC CRANIO RADI-X OUTROS

PRESCRIÇÃO BÁSICA

ABORTAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
fa do cinto		
Próstata	Ob/fo	

TIPO DE ALERGIA/AD

DECISÃO MÉDICA: A PEDIDO EVAISÃO TRANSFERÊNCIA INTERNACAO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA ISNL ANAT. PATOL
 DATA PARA O DESENTRALIZAR: 09/12/2016

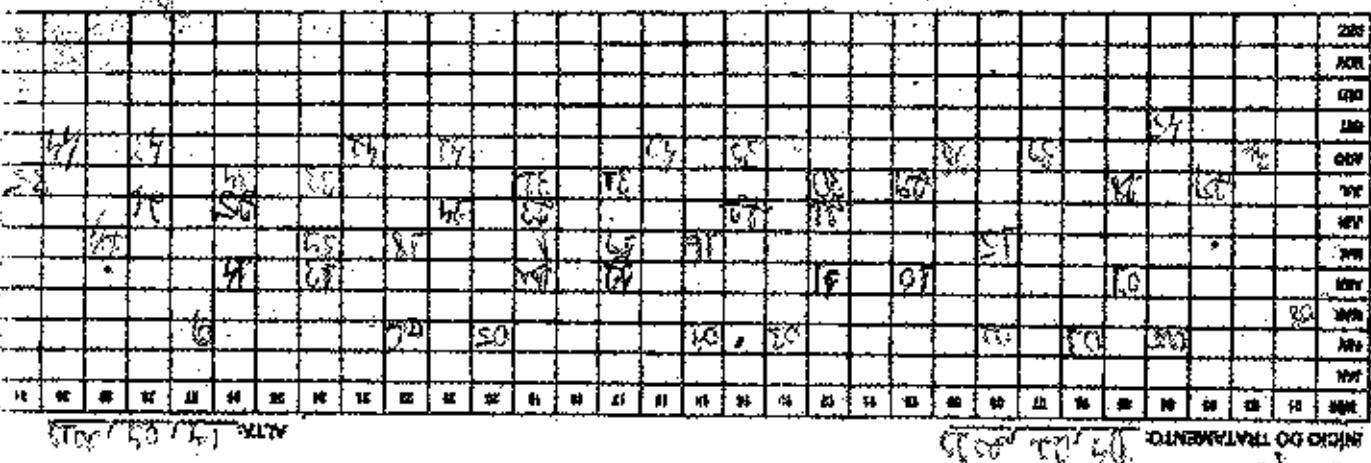
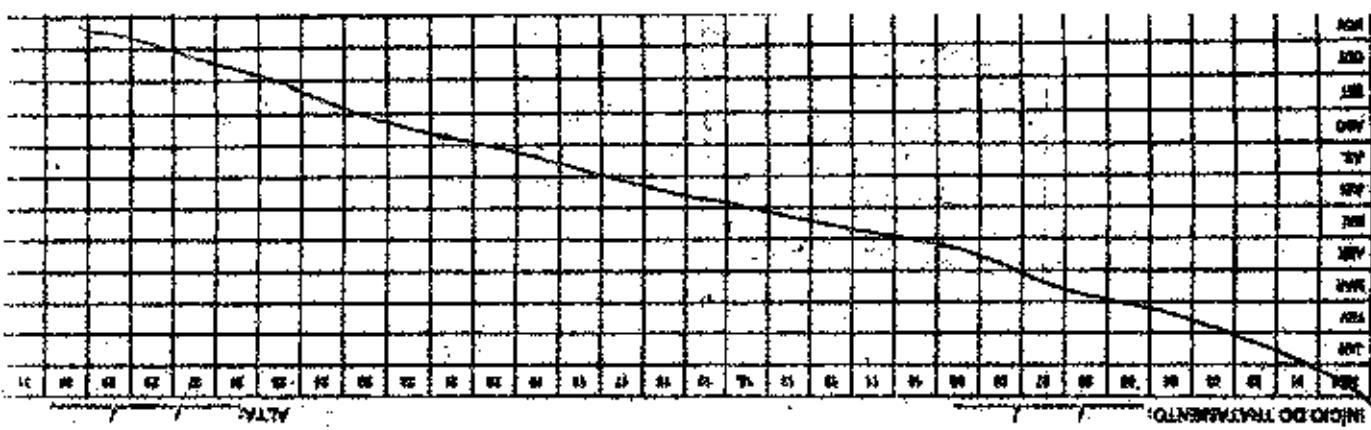
Impresso por maria helentina moreira da rocha em 09/12/2016 às 08:38:53
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Francisco Everardo da Silva
 Francisco Everardo da Silva

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira Parangaba
 Atendo que com direito ao direito

ER. OCUPACIONAL

FISIOTERAPIA



Dados do Paciente:

Nome: Flávia Oliveira Souza
 Idade: 52 Sexo: Fem. Masculino Telefone: (31) 38600 5733
 Endereço: Avenida Siqueira Campos 1265
 Bairro: Alto da Boa Vista Cidade: Porto Alegre
 Professor: Leandro de Oliveira - Fisioterapeuta

Procedimento: Cirurgia Imóvel-Cessante Fixador

Especialidade de Tratamento: Fisioterapia Terapeuta Ocupacional Serviço Social

Dias de Tratamento: 2º e 4º 3º e 5º 2º, 4º e 6º

Toda semana Outros: 1x por semana

Trepa. Vértebra: Fisioterapia: 27/04/2001
Terapeuta Ocupacional: 13/05/2001

Terape. Ocupacional: Larissa E. G. M. - Terapeuta Ocupacional



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUN. SANTA JOSE MARIA DE OLIVEIRA
Fortaleza/RN
Av. Celso da Piedade 1157 - Fortaleza - CEP 59020-300 - Fortaleza - RN
Teléfones: (84) 3211-7221

RECEITA

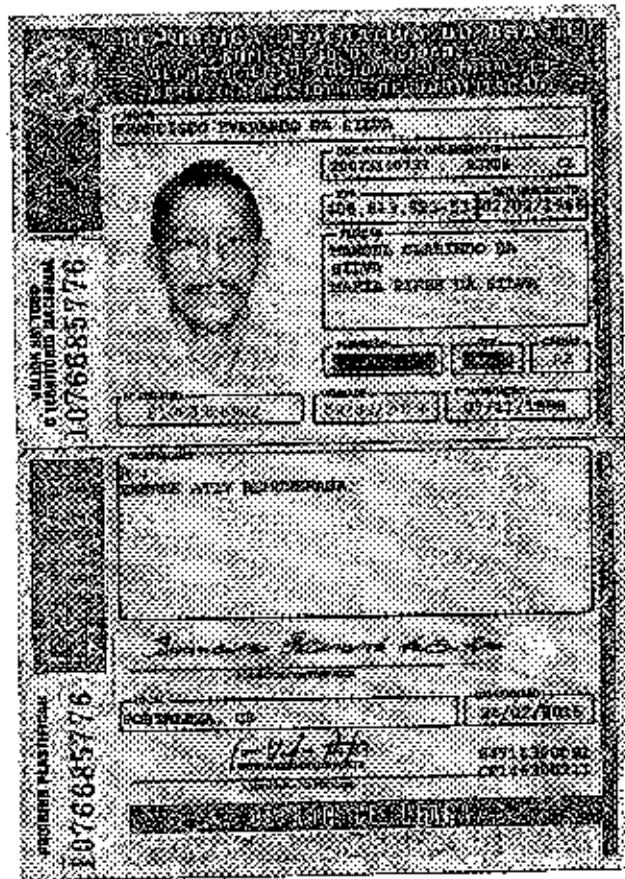
Two frascos de 500

Para o estudo em
já que é muito de
onco Dr. Henrique b

Off
Off
Off

Dr. Víctor Ribeiro Teixeira
CRM/CE 11837

DATA: 28/09/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE N° 04505 / 75-15
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE; OU POR SUA CARGA A PESSOAS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015039793913 BILHETE DE SEGURO DPVAT

40861392353 FMG0645 / CE

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 0800 022 1204

15039793913 77958735163

PORTALEZA		LOCAL	OBSERVACOES
	Igua Ponte		
		20/07/2019	DATA
			ORIGEM
			DE
			PROV.
			REG.
			REC.
			DET.
			NOTA
			ANEXO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

CNPJ 09.240.608/0001-34

ABR 201

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200082668
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Everardo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Einstein, 1264
Vila Peri Fortaleza CE CEP: 60730-145
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20073140737
Data local do acidente: [09/12/2018]
Data local do exame: [02/03/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA - LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM

Data da Alta: 17/02/2020

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

HIPOTROFIA MUSCULAR E BLOQUEIO LEVE DE ABDUÇÃO, DE ROTAÇÃO E DE ADUÇÃO E MODERADO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO OMBRO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja "'Não'", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

R

Respeitos Yelmo

Relato, para os devidos fins, quanto ao DRT/VAT,
que o Dr. Francisco Ercanha da Silva, 53a,
informa que sopor paciente de trauma, em
09.12.18, e teve fratura-luxação do ombro, e
e submeteu-se a tratamento conservador, com
imobilização com férula e fisioterapia; recobreu
alto deputor em 04.09.19, com os
seguintes resultados: luprotrófico para o ombro
e braço 60%, e desporto parcial do
ombro e do M.S.D.; bloqueio de movimentos
de elevar e extender do M.S.D.; bloqueio de
rotação do ombro D; com comprometimento
funcional do ombro D em 60% do M.S.D. em 40%.

Adroaldo Silveira Aragão

MÉDICO

CRM/CE 160^o Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CPF 049448603-15

Fortaleza.

14/01/19

057/xR

CONSULTÓRIO:

Rua Tiburcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552
CEP: 60125-100

E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com
Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082668 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA - LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO

Descrição do exame físico: HIPOTROFIA MUSCULAR E BLOQUEIO LEVE DE ABDUÇÃO, DE ROTAÇÃO E DE ADUÇÃO E MODERADO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 17/02/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082668 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@1 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031241/20

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 22/01/2020
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338806/19

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 01/10/2019
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO
CPF: 858.671.443-72

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359445/19

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 15/10/2019
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO
CPF: 858.671.443-72

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066701/20

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 19/02/2020
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383755/19

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 01/11/2019
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva