



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 **WEB1.20.01573654-7** em **23/11/2020 11:30:20**.
- 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 : 0262698-18.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01573654-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 23/11/2020 11:30:20

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* : 2767690_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2767690_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-20.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200218630

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSMO SILVA DO CARMO

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, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200218630

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), COSMO SILVA DO CARMO

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200218630

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSMO SILVA DO CARMO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: COSMO SILVA DO CARMO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000288-7

Conta: 0000024650-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atribua uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 0288 7 CONTA: 0024650 6

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 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 acima, 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 daqueles 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 - 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÚMERO

CÓDIGO

0288 7 0024650 6

529

AUTHORIZED SIGNATURE

Ponto Fiel Bradesco 0800-0822 / 0800-570-0822

Serviço ao Exterior +55 11 4000-0822

SAC 0800 704-8383 (Online) / 0800 727-9988 (Chamado)

Suporte para Autômatos de Caixa 0800 722-0099

Quadrante 0800 727-9933

Banco Bradesco

Banco24Horas

ATM

pulse



NO EXTERIOR



 bradesco



6504 9180 9636 5102

VALID THRU

06/24

COSMO SILVA DO CARMO

elo



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019630655



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3017 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/09/2019 13:47:38**
Data / Hora da Ocorrência: **26/01/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SABIAS, PASSARE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **COSMO SILVA DO CARMO**
Nascimento: **13/08/1991** CPF: **045.927.063-07**
RG: **20070699377** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **LUCIA SILVA DO CARMO**
ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO
Endereço: **RUA 12, 182**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99747-2118**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNC8108 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4130FR200580 Renavam: **1065520147** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO KS** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **PORTELA COM DE GAS LTDA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRABALHAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNC-8108 NA AV. SABIAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS QUE A VITIMA NÃO SABE INFORMA E QUE TRANSITAVA NO SENTIDO CONTRARIO AO DA VITIMA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atribua uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 0288 7 CONTA: 0024650 6

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 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 acima, 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 resíduo (patrimônio)? ☐ 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 daqueles 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 - 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Cosmo Silva do Carmo - C.P.F. 045.927.063-07**, no dia **26/01/2019**, às **20h**, na **Rua dos Sabiás**, no **Bairro Passaré**, 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 **P632041/2019**.

Fortaleza, 16 de abril 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


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza

P = 632041/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI-88	PONTO DE APOIO: CSA	Nº DA OCORRÊNCIA: 05169
DATA: 26/01/2019	TURN: SIN	EQUIPE: Bárbara + Eduardo D + Hugo
NOME: D. M. Silva do Carmo	IDADE: 27	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua dos Sábios, 197	BAIRRO: Passaú	
REFERÊNCIA: Av. Palestina (ônibus Dragão)	QU: 0250	
QTY: 19:24	QUS: 20:00	QUY:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro - moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
--	-------------------------------------	------

A Sinal vital	B Respiratório	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
		☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA / AUSENTE	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO ☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☒ SECA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

D Sensibilidade	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 15
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E Exatidão	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Fratura tíbia - fíbula fechada. E Edema em ombro esquerda. escoriações em MMII	

SAMPLA

FC: 64	PA: 130X80	FR: 18	GLUC: 104	OXIM.: 97%	TEMP.:
--------	------------	--------	-----------	------------	--------

Paciente consciente, orientado, verbalizando. Na cena estava acoberto com capote retirado. Relatou dor intensa em MMSE, a esquerda com fratura e exposição óssea, edema e dor em ombro E, escoriações nos MMII. nega síncope, cefaleia, náusea, vômito e outras patologias, bem como alergias.

QTY: DESLOCAIMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUI: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA		CHECAGEM
ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS		
ASS. / CRM:		
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM		
Avaliação primária + utilização de MIE, limpeza/curativo, verificação de SSVU, transporte em prancha com o paciente em interconexão.		
Bárbara Rebouças Enfermeira ASS. / COREN: COREN 315.846		
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA		
ASS.:		
DESTINO DO PACIENTE		
UNIDADE DE SAÚDE: IEF Centro		BOLETIM EMERG:
☒ LIBERADO	☐ RECUSA	☐ REMOVIDO POR TERCEIROS
☐ ÓBITO →	☐ NO LOCAL	☐ DURANTE O TRANSPORTE
☐ OUTRO:		
PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO	ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:	
ASS. DO RESPONSÁVEL: Aníbal Luiz R. Pinheiro	36/01/2016 DR. WALTER RAIMOS CRM 315.846	
COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES		
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:		
DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:		
LOCAL:		
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:		
TERMO DE RECUSA		
RG / CPF		
EU, _____		
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.		
ASSINATURA:		

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

02/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMO SILVA DO CARMO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00288-7

CONTA: 000000024650-6

Nr. Autenticação

BRADESCO0209202005000000000023700288000000024650236250 PAGO



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

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

Esta é a sua conta de
09/2019

Nº DO CLIENTE

3126653

DV

VENCIMENTO

15/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO

16/09/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome NAARA FERREIRA DA SILVA

Endereço RU 0012 CONJ RIACHO DOCE II 00191
60110-000 FORTALEZA PASSARE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 3441534-CPN-314 - FOH11UG1

CPF / CNPJ

026.570.373-58

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
19/08/2019	16/09/2019	16/10/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2D01.4799.B1BA.B87E.5D4A.E638.8E6C.6C10

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	7734.00	7734.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	30.00	0.55433	16.63

DESCRIÇÃO DA CONTA

Custo de disponibilidade
Adicional Band. Vermelha
Credito De Pequenos Valores
Debito De Pequenos Valores

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

16.63

1.20

37.29

19.40

CÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)**CONSUMO CONSCIENTE**

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)

0 100

Tributo:

Base (R\$):

Alíquota (%):

Valor (R\$):

PIS/PASEP

17,88

0,8100

0,16

COFINS

17,88

5,6900

0,87

ICMS

0,00

0,00

0,00

ATENÇÃO**DEBITOS ANTERIORES:**

Mes/Ano	Valor R\$
07/2019	47,56
10/2018	48,62
	66,18

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif.: Vermelha | 20/09 - 16/10

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200218630 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SILVA DO CARMO **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 8/9/10_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 26/01/2019 20:50:43	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700207430478223	NOME: COSMO SILVA DO CARMO				Registro: 5600220		
CPF: 045.927.063-07	RG: 1686335516	D. NASC: 13/08/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/CCR: Parda		
NOME DA MÃE: LUCIA SILVA DO CARMO				NOME DO PAI: ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MOURA MATOS		Nº: 172	BAIRRO: PASSARE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60867067			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ISABELE/SAMU USUÁRIO CONDUCTOR EDUARDO LIMA		PARENTESCO: ESPOSA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete.							
QUEIXAS: PACIENTE, 27 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUM EXPOSTO PERNA ESQUERDA + TRAUMA FECHADO OMBRO ESQUERDO							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX EXPOSTA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UP
RAE TIPO A
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 06/09/2019
MATRÍCULA 13826
Eduardo Moreira
SERVIDOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1668335516

NOME
COSMO SILVA DO CARMO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20070699377 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
045.927.063-07 13/08/1991

FILIAÇÃO
ANTONIO LUIZ SOUSA DO
CARMO
LUCIA SILVA DO CARMO

PERMISSÃO ACC CATIAS
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06190022751 06/01/2019 24/09/2014

OBSERVAÇÕES
EAR;

Cosmo Silva do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
QUIXADA, CE 03/01/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

57653845781
CE168343045

PROIBIDO PLASTIFICAR
1668335516

CEARÁ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1668335516

NOME
COSMO SILVA DO CARMO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20070699377 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
045.927.063-07 13/08/1991

FILIAÇÃO
ANTONIO LUIZ SOUSA DO
CARMO
LUCIA SILVA DO CARMO

PERMISSÃO ACC CATIAS
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06190022751 06/01/2019 24/09/2014

OBSERVAÇÕES
EAR;

Cosmo Silva do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
QUIXADA, CE 03/01/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

57653845781
CE168343045

PROIBIDO PLASTIFICAR
1668335516

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 01335706B230
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRD 01 1065520147 RNTTC 00000000000 EXERCÍCIO 2017

FORTELEZA COM DE GOMELTDA

FORTALEZA/CE

22225276000100 C/PF / CNPJ PLACA PNC8108

PLACANT/CE 9C2JC4130FR200580

CAR/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 CARGO KS ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

1P/8CV/9124CC PARABIC BRANCA

1 2 3 VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
P FAIXA I.R.V.A. PAGAMENTO COTAS
V 180.65 0.40 186.150 DATA DE PAGAMENTO 06/07/2017
A

RESERVACOES

FORTALEZA LOCAL 10/07/2017

IGOR PONTE
SUPERVISOR DE REGISTRO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 01335706B230 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/07/2017

VIA 01 22225276000100 C/PF / CNPJ PLACA PNC8108

1065520147 RENAVAM HONDA/CG 125 CARGO KS

2015 9C2JC4130FR200580

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29 (R\$) 9.03 (R\$) 90.33 (R\$)

458.50 BILHETE (R\$) 0.70 IOF (R\$) 186.150 (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO COTA ÚNICA 06/07/2017

DESPACHANTE
LOTE/DO SEQUENCIAL PARA LÍDERE DPVAT 60300
MOTOR JC41E3F2W04380 808/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013357069230 / BILHETE DE SEGURO DPVAT

PORTELA COM DE CAOMELTDA

FOR TALEZA/CE

22225276000100 CPE / CNPJ PLACA ENC8108

[illegible]

CAR/MOTOCICLO/NAO APLIC
ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
GASOLINA

HONDA/CG 125 CARGO KS

1P/OCV/9124CC

[illegible]

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
55,00	0,00	55,00	20/07/2017

CONSERVACIÓ

FORTALEZA LOCAL  10/04/2017

Igor Pontarelli
 Associate Professor
 Department of Chemistry
 University of Illinois at Chicago
 60607-7099 Chicago, IL
 USA
 E-mail: igor.pontarelli@uic.edu

10

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 10 - DATA FIM 10/07/2017

VIA	01	OPF / CNPJ	22225276000100	PLACA	PNC8108
-----	----	------------	----------------	-------	---------

1065520147	RENAVAM	HONDA/CG	MARCA/ MODELO	125 CARGO KS
------------	---------	----------	---------------	--------------

2018. 05. 13. 9C2JC4130FK200880

PRÊMIO TARIFÁRIO

81-27-18	9.03	56.33
DATE (11)	QUANTIAN (11)	SECURE (11)

—Aust\$ 50 DILLUTE (RS) — 0-70 OF (RS) — 1085550 (50) (N) —

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	PAGAMENTO	06/10792017
--	-----------	-------------

DES PACHANTES

LOT / DOZ / ETO

MOTOR: JC4LE3120000000001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354101/19

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

CPF: 045.927.063-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO SILVA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07

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: 10/10/2019
Nome: COSMO SILVA DO CARMO
CPF: 045.927.063-07

COSMO SILVA DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 319057 9369

Data da solicitação: 16/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Cosmo da Silva do Carmo

CPF do beneficiário: 045.927 063-07

Nome do solicitante: Cosmo da Silva do Carmo.

CPF do solicitante: 045.927 063-07

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98781 6626
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: Alternativadp vat@outlook.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Estou de alta e ainda apresento sequelas. Não recebi nenhuma outra documentação do hospital. Tenho apenas essa alta.
Solicito o agendamento de uma perícia pra que eu possa ser avaliado e consequentemente indenizado.

Fortaleza, 16 de junho de 2020

Local e Data

Cosmo Silva do Carmo

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169290/20

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

CPF: 045.927.063-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO SILVA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07

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: 18/06/2020
Nome: COSMO SILVA DO CARMO
CPF: 045.927.063-07

COSMO SILVA DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354101/19

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

CPF: 045.927.063-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO SILVA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07

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: 10/10/2019
Nome: COSMO SILVA DO CARMO
CPF: 045.927.063-07

COSMO SILVA DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169290/20

Vítima: COSMO SILVA DO CARMO

CPF: 045.927.063-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO SILVA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

COSMO SILVA DO CARMO : 045.927.063-07

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: 18/06/2020
Nome: COSMO SILVA DO CARMO
CPF: 045.927.063-07

COSMO SILVA DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA