
Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

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\$ 0,00

Recebedor: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 00000317

Conta: 000004505-9

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



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 02.495.393-00 Nome completo da vítima: Elenilson dos Santos Alves

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

Nome completo: Elenilson dos Santos Alves CPF: 02.495.393-00
Profissão: recusou Endereço: PV ELENILSON VELHO Número: 0 Complemento: _____
Bairro: St. Tapera Cidade: Aracaju Estado: SE CEP: 61200-007
E-mail: _____ Tel. (DDD): 65 319508-7158

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 317 CONTA: 4505 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aracaju SE 27/11/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elenilson dos Santos Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Impresso nº 2019746516



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2446 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/10/2019 12:29:29**
Data / Hora da Ocorrência: **17/08/2019 01:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 CEP: 61.700-000, FAGUNDES - AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELENILSON DOS ANJOS ALVES**
Nascimento: **02/12/1981** CPF: **012.495.393-07**
RG: **99015022764** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **LENITA DOS ANJOS ALVES**
RAIMUNDO ALVES DA SILVA
Endereço: **RUA ORACIO BENTO DE FREITAS**
Bairro: **TAPERA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: **61.700-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

INFOMA O DECLARANTE; QUE TRAFEGAVA PELA CE 040 NA LOCALIDADES DE FAGUNDES EM SUA MOTO HONDA CG 125 DE PLACA OSS-3759, COE PRETA, ANO 2014 E NESSA OCASIÃO FOI ATROPELADO POR UM AMBULÂNCIA DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS POR CAUSA DO IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DISTRITAL BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA ONDE FOI FICOU INTERNADO, POR CAUSA DO ACIDENTE TEVE UMA FATURA NO TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA E TEVE QUE PASSA POR UMA CIRURGIA QUE AS TESTEMUNHAS FORAM AS PESSOAS DE NOME FRANCISCO ROMÁRIO DOS SANTOS SILVA E REGILANE DOS ANJOS ALVES. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCA MARIZA ALVES - MAT.: 023340-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elenilson dos Anjos Alves

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ELENILSON DOS ANJOS ALVES		DADOS PESSOAIS	
CABOS		Nº DO PRONTUÁRIO 6157991	Nº DO BE 365592
DOCUMENTOS		DATA DE NASCIMENTO 02/12/1991 (37 ANOS)	SEXO M
Nº RESPONSÁVEL		NOME MÃE LENITA DOS ANJOS ALVES	
UF CE		ENDEREÇO RUA MIGUEL MARTINS 281 BARROSO 1	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		CONTATO (85) 99112-0496	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS PACIENTE REFERE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS APRESENTA EDEMA EM MIE		SINAIS VITAIS	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	Glicemia NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO AMANDA CAVALCANTE MAIA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 17/08/2019 12:26:43	
ÁREA DE ATENDIMENTO 01 EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENÇÃO MÉDICA			
<i>Fratura do Tornozelo</i> <i>20380200</i>			
DIAGNÓSTICO		DO	
CLASSIFICAÇÃO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS		DO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <i>R do m p Al/O</i> <i>16 do m m m e AP/O</i> <i>MTA BONA</i> <i>MANUTENÇÃO</i>		APRAZAMENTO	
Dr. Claudio Martins Traumatologia CREMEC 5888 9801 6726 RQT 3835			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por AMANDA CAVALCANTE MAIA em 17/08/2019 12:26:43

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.

ELENILSON DOS ANJOS ALVES

577-620

Carimbo
COPIAR COM ORIGINAL
15/10/19

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Ceará

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00317

CONTA: 000000004505-9

Nr. da Autenticação 2EDD3BEC4211DA74



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

576449980

A tarifa social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 21 20009 54 084600 - 0 Medidor 4920403 Poste 0000 840H
Nome ELFINILSON DOS ALDOS ALVES
Endereço Postal PV ENGENHO VELHO 00000 00000 - BT TAPERA -
AQUIRAZ CEP 61700-000

End. da Unidade Consumidora PV ENGENHO VELHO 00000 00000 - AQUIRAZ

RG / CPF / CNPJ CGF

Classe 012405303-07

Fator de Potência 0,00

RESIDENCIAL MONOFASICO

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Perda Ramal Cons. Incl. Cons. Fat.

3614 3555 1 59 0 59

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

5649645

VENCIMENTO

12/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

54,27

DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES 59 0,77736 45,86
MULTA MORATORIA REF 03/2019 1,01
CORREÇÃO MONETARIA DO MES Ref. 03/2019 1,43
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 5,07

DADOS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

28/06/2019 28/06/2019
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3618-3510-3AC2-A973-FC91-8719-446C-7BCC

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

45,86 27,00% 12,38
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 17,50
Transmissão 1,40
Distribuição 10,38
Encargos Setoriais 2,38
Tributas [ICMS PIS/COFINS] 14,02
Total 45,86

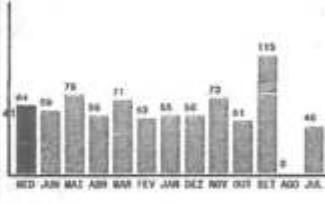
ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na verso desta conta

Conjunta AQUIRAZ
Mês ABR/2019 - EUSD 13,16

Padrão Individual DIC (h) FIC (h) DMIC (h)
Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual
10,29 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
7,52 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
5,48 0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LETURA POR: FAT MÉDIA-LEIT BIMESTRAL ART 66 RES
Consta desta fatura R\$ 1,64 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:
0,64% e COFINS: 2,96%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n.
10.837/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica eficiente

185194608-8158

1851948774-0318



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574945973

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2200371 DV **1**

VENCIMENTO
27/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
93,65

Rota 34 020009 50 077000

Medidor

Poste

Nome ALDAMIRA FERREIRA MESQUITA

9559648

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora VL DOS PAGOS 00000 DT TAPERA AQUIRAZ 61700000

RG / CPF / CNPJ 900.815.443-91

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
29379	29275	1	104	0	104

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
19/06/2019	19/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8718.F893.6141.0D12.06F9.EFA5.7BA6.CC39

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
80,78	27%	21,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO TRIMESTRAL DIC

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,95)

-0,23
13,10

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

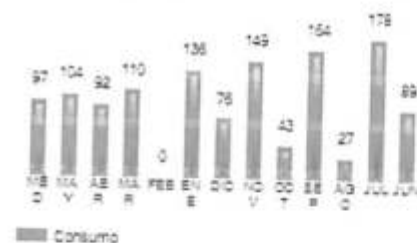
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,33

Conjunto AQUIRAZ

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	1,27	16,75	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,86			1,27		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2200371-1

N° da Nota Fiscal: 574945973

Data de Emissão:

29/05/2019

Referência: MAI/2019

Total a Pagar (R\$): 93,65

N° de Controle: 0002200371 00223 4346 2 94

83860000000-0 93650031000-7 00022003710-8 02234346259-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Bruno Melguito Monteiro

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 66.330.137 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elenilson dos Santos Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 02.495.393 / 07

do sinistro de DPVAT cobertura Frustrador da Vítima Elenilson dos Santos Alves

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 02.495.393 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Vila dos Anjos</u>	Número: <u>0</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>St. Teresa</u>	Cidade: <u>Aquiri</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>61400-000</u>
		Tel.(DDD): <u>61</u> (985) 2-8118

Local e Data: Aquiri - CE 27/11/19

Bruno Melguito Monteiro

Assinatura do Declarante

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ELENILSON DOS ANJOS ALVES						NOME DO PACIENTE LEONILSON DOS ANJOS ALVES	
CARRUBAS						CARRUBAS	
DOCUMENTOS						DOCUMENTOS	
SEXO M						SEXO F	
DATA DE NASCIM. 02/12/1981(37 ANOS)						DATA DE NASCIM. 02/12/1981(37 ANOS)	
RUA MIGUEL MARTINS 281 BARROSO 1						RUA MIGUEL MARTINS 281 BARROSO 1	
CEP 5157991						CEP 5157991	
CIDADAIA						CIDADAIA	
LOCAL DA COORENTE/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE						LOCAL DA COORENTE/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE	
CLASSIFICACAO DE RISCO						CLASSIFICACAO DE RISCO	
TITULO						TITULO	
ACIDENTE DE MOTO						ACIDENTE DE MOTO	
ESCALA DE CONSC.						ESCALA DE CONSC.	
PRESSAO ARTERIAL						PRESSAO ARTERIAL	
NI/NIN						NI/NIN	
ALERGICAS						ALERGICAS	
NAO						NAO	
RESPONSABILIDADE PELA CLASSIFICACAO						RESPONSABILIDADE PELA CLASSIFICACAO	
AMANDA CAVALCANTE MAIA						AMANDA CAVALCANTE MAIA	
VERDE						VERDE	
CLASSE/PROVA						CLASSE/PROVA	
TEMPO DE ATENCAO						TEMPO DE ATENCAO	
Nº DO REG.						Nº DO REG.	
365592						365592	
MARCA/COM.						MARCA/COM.	
PARDO						PARDO	
NOME DO VEHICULO						NOME DO VEHICULO	
LENTINHA DOS ANJOS ALVES						LENTINHA DOS ANJOS ALVES	
DATA E HORA DA CLASSIFICACAO						DATA E HORA DA CLASSIFICACAO	
17/08/2019 12:26:43						17/08/2019 12:26:43	

UNIAO DE ATENDIMENTO
0
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

Atena de Traumatologia

703802000

02202020

ATENÇÃO MÉDICO

HISTÓRICO

COD. P. CENÁRIO

60

() OUTROS

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIOS-X

ENCARTE SINTOMAS

MÉDICAMENTO		FARMACIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
R do 1º - 10/10/01							
K do 1º - 10/10/01							
MHA BOM							
PAINHEMULINTE		Dr. Claudio Martins Traumatologia CRMES 5888 9401 6726 RG 1235					
		TIPO DE ATIVIDADE					
		() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DATA E HORA DO ATO MEDICAMENTO		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por AMANDA CAVALCANTE MAIA em 17/08/2019 12:26:43

ELENILSON DOS ANJOS ALVES

04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1573
Mossoró - Cep: 60.864-810
Ceará

57A-C-2A

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE EVANDER DOS ANJOS AVELAR	6 - Nº PROCTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO 02.12.1989
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Leila dos Anjos Avelar	10 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Wilton Mendes 281 - Bom Retiro	12 - DDD - 11 - TELEFONE DE CASA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA	14 - CID - CID 10 PRINCIPAL
15 - UF	16 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma do tornozelo e		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO MUO de compressão		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE 136 MES (2) ALZADO)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do Tornozelo		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS AT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TP Cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Claudio Martins	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17.01.19
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - CNPJ DA EMPRESA	35 - CNPJ DA EMPRESA	36 - CNPJ DA EMPRESA
37 - SÉRIE	38 - SÉRIE	39 - SÉRIE	40 - SÉRIE
41 - SÉRIE	42 - SÉRIE	43 - SÉRIE	44 - SÉRIE
45 - SÉRIE	46 - SÉRIE	47 - SÉRIE	48 - SÉRIE
49 - SÉRIE	50 - SÉRIE	51 - SÉRIE	52 - SÉRIE
53 - SÉRIE	54 - SÉRIE	55 - SÉRIE	56 - SÉRIE
57 - SÉRIE	58 - SÉRIE	59 - SÉRIE	60 - SÉRIE
61 - SÉRIE	62 - SÉRIE	63 - SÉRIE	64 - SÉRIE
65 - SÉRIE	66 - SÉRIE	67 - SÉRIE	68 - SÉRIE
69 - SÉRIE	70 - SÉRIE	71 - SÉRIE	72 - SÉRIE
73 - SÉRIE	74 - SÉRIE	75 - SÉRIE	76 - SÉRIE
77 - SÉRIE	78 - SÉRIE	79 - SÉRIE	80 - SÉRIE
81 - SÉRIE	82 - SÉRIE	83 - SÉRIE	84 - SÉRIE
85 - SÉRIE	86 - SÉRIE	87 - SÉRIE	88 - SÉRIE
89 - SÉRIE	90 - SÉRIE	91 - SÉRIE	92 - SÉRIE
93 - SÉRIE	94 - SÉRIE	95 - SÉRIE	96 - SÉRIE
97 - SÉRIE	98 - SÉRIE	99 - SÉRIE	100 - SÉRIE

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CÓD. CATEG. SUS/SOR
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

385.107/00012-05
HOSPITAL DISTRICTAL EDILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep. 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Cláudio Martins
35.10.19



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5157991

PACIENTE: ELENILSON ^{don} ANSELMO ALVES, 37A		
DATA OPERAÇÃO: 20 / 08	ENFERMIA: 71	LEITO: 60
DR. LEONARDO ^{Leonardo Ribeiro Duarte} ^{Clínica do P.O. e Torç.} ^{CHAMFOL - ROL}	1º AUXILIAR: DR. MAURO	
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADO:
ANESTESISTA: DRA. SAMIRA	TIPO DE ANESTESIA: RAQUI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA TORNOZELO ESS + LESÃO LIGAMENTAR AGUDA		
TIPO DE OPERAÇÃO:		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: NAO		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Sim		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: NAO		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPIC - ASCEMAS

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB EFEITO ANÉSTESICO
- 2- ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS + F. ESMACH
- 3- INCISÃO LONGITUDINAL NA LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO
EM TOPOGRAFIA DE FRATURA
- 4- DISSECAÇÃO POR PLANOS
- 5- VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
- 6- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA TERÇO DE
CANAL E 06 PARAFUSOS CORTICIS, SENDO DOIS DESTES
TRANSINDESMOIDAL PARA REPARAR A SINDESMOIDE (LIGAMENTO)
- 7- CONTROLE RADIOGRÁFICO
- 8- SÍNTESE POR PLANOS + RÁFIA DE PELLE + CURATIVO
- 9- RETIRADA FAIXA DE ESMACH
- 10 - ENCAMINHADO PARA SE

Dr. Francisco Mauro G. Costa Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15003 / TSO 7.6016

34.555-107/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Fátima - CEP: 60.864-810
Ceará

Gráf. HDEBO - 14 - Desc Oper. - 003

Caraculada
CONFERE COM ORIGINAL
15/10/19



R *Relatório Médico*
 Relato, para os devidos fins, junto ao DPOA-E,
 que o Sr. Ezequiel dos Santos Alves, Sr.,
 informou que sofreu acidente de trânsito, em
 17.08.19, a qual sofreu múltiplas fraturas
 E, no 1/3 distal da fíbula E; submeteu-se
 a osteossintese, mobilizada por talo-femoral
 e fixotrapia; recebeu alta definitiva em
 22.11.19, com as seguintes sequelas:
 deformidade de tornozelo E; edema residual;
 instabilidade de apoio do pé; bloqueio de
 flexo-extensão do tornozelo; com funções
 prejudicadas funcionando em 60% do
 tornozelo E!

Fortaleza.

16/12/19

578/23

Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CFE 919148608-15

Adroaldo Silveira Aragão

MÉDICO

CRM/CE 1600

CONSULTÓRIO:

Rua Tibúrcio 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

Solicitação de Reanálise

Eu, ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Portador(a) do RG, 99015022764 e CPF do nº 012.495.393-07

reanálise de meu processo de invalidez permanente de numero de sinistro 3190675409.

visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Aquino (10) 16 de 12 de 2019

ATT, Elenilson dos Anjos Alves

REGISTRO
GERAL 99015022764DATA DE
EXPEDIÇÃO 11/08/2014

NOME

ELENILSON DOS ANJOS ALVES

FILIAÇÃO

RAINUNDO ALVES DA SILVA

LENITA DOS ANJOS ALVES

NATURALIDADE

AQUIRAZ - CE

DATA DE NASCIMENTO
02/12/1981

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:6933 FOLHA:214V

LIVRO:A-VIII AQUIRAZ - CE

CPF 012.495.393-07

2 VIA

Adriana S. Barros
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 7

LEI Nº 7.116 DE 26-08-83

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DO ESTADO DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E FOTOGRAFIA



Polegar Direito



Elenilson dos Anjos ALVES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 014419498630
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 1007279190 0000000000 2018

NOME
ELENILSON DOS ANJOS ALVES

AQUIRAZ /CE

CPF / CNPJ PLACA
01249539307 OSS3759/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2JC4110ER118969

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS 2014 2014

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A ***** ** **/**/ ** 1*
FADA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2*
***** ** 3*

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

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
AQUIRAZ 31/01/2019

Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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 014419498630 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01249539307 OSS3759/CE

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

014419498630 79308017113

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 31/01/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 01249539307 OSS3759

RENAVAM MARCA / MODELO
1007279190 HONDA CG 125 FAN KS

ANO FAB. CL. TÍP. Nº CHASSI
2014 PART 9C2JC4110ER118969

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL EM R\$ DO SEGURO PR

PAGAMENTO DATA DE COITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

MOTOR: JC41E1E118969

05838



014419498630
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

05838
0583759
CÓD. RENAVAM
1007279190
237825 05838

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675409 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.3
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ELKILSON DOS ANJOS ALVES, Brasileiro (a)
Estado Civil RECUSOU, Profissão RECUSOU Inscrito com o Nº de RG:
99015077764 e CPF: 012.495.393-07 Residente e
domiciliado(a) à rua PV ENGENHO VELHO
Nº: 0 Bairro: DT TAPENS Cidade: Aquiraz
Estado: CE CEP: 61700-000 Fone: (85) 98678-4117

OUTORGADO: Bruna Mesquita Monteiro
Inscrito com o Nº de RG: _____
e CPF: 606.330.133-07 Residente e domiciliado na: Vila do Pão
Nº: SIN Bairro: DT TAPENS
Cidade: Aquiraz; Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vítima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) ELKILSON DOS ANJOS ALVES, ocorrido em 17/08/19, de natureza da cobertura FURTO/ROBO.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

CARTÓRIO
PATACAS

Aquiraz, (CE), 27 de 11 de 2019

ELKILSON DOS ANJOS ALVES

OUTORGANTE

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

ELKILSON DOS ANJOS ALVES

Distrito de Patacas 28 NOV 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Wantyl da verdade

Wantyl Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431525/19

Número do Sinistro: 3190675409

Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

CPF: 012.495.393-07

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 17/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/01/2020
Nome: BRUNO MESQUITA MONTEIRO
CPF: 606.330.133-07

BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA