

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> 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 **WEB1.21.01824051-9** em **21/01/2021 13:59:47**.
- 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** : 0267972-60.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.21.01824051-9  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Contratos de Consumo  
**Data/Hora** : 21/01/2021 13:59:47

**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\*** : 2777716\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2777716\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-22.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](http://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, 08 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190627717**

**Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIO CESAR ALVES 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](http://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, 12 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190627717**

**Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190627717**

**Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190627717**

**Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JULIO CESAR ALVES 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.

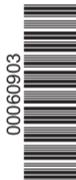
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190627717**      **Vítima: JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

**Recebedor: JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.025,00**

**Banco: 033**

**Agência: 000004172**

**Conta: 000001046670-6**

**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.

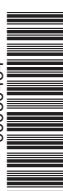
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://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:

021.280.133-30.

4 - Nome completo da vítima:

filio leon Alves 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:

filio leon Alves da Silva.

 6 - CPF:  
 021.280.133-30.

7 - Profissão:

autônomo.

8 - Endereço:

Rua 761 Cid. Jardim II

9 - Número:

1 Ap 303-803

11 - Bairro:

José Walter.

12 - Cidade:

Fortaleza.

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.000-000.

15 - E-mail:

55impermeavel@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 9.8422-3357.

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:

 RECUSO 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: Santander.

 AGÊNCIA: 

 CONTA: 

 AGÊNCIA: 

 CONTA: 

(Informar 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 do seu conteúdo.

MORTE

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?

 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

 30 - Vítima deixou  Sim  Não nascente (varascer):

 31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

 33 - Vítima deixou  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.

NÃO ALFABETIZADO

34.

 Informação  
digital da  
vítima  
deve ser  
informada  
no formulário  
anexo.

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

40 - Local e Data,

Fortaleza, 06 de Novembro de 2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

# 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:

021.280.133-30.

4 - Nome completo da vítima:

Júlio Lacer Alves 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:

Júlio Lacer Alves da Silva.

6 - CPF: 021.280.133-30.

7 - Profissão:

autônomo.

8 - Endereço:

Rua 761 Cid. Jardim II

9 - Número:

1

10 - Complemento: Ap 303-803

11 - Bairro:

José Walter.

12 - Cidade:

Brizaliza.

13 - Estado:

EE

14 - CEP:

60.000-000.

15 - E-mail:

55imperialux + @gmaile.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 9.8422-3357.

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:

RECUSO 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)  
 Banco do Brasil (001)

Itaú (341)  
 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander.

AGÊNCIA: 4172

CONTA: 104 6670

6

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## 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  
teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à  
nascituro (velho/velha)?  Sim  
 Não

31 - Vítima  
teve irmãos?  Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  
pais/avôs 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

Impresso-  
digitar ou  
vitrina ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Fortaleza, 06 de Novembro de 2019.

Júlio Lacer Alves da Silva.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:

021.280.133-30.

4 - Nome completo da vítima:

Júlio Lacer Alves 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:

Júlio Lacer Alves da Silva.

 6 - CPF:  
 021.280.133-30.

7 - Profissão:

autônomo.

8 - Endereço:

Rua 761 Ed. Jardim II

9 - Número:

1

10 - Complemento:

Ap 303-803

11 - Bairro:

José Walter.

12 - Cidade:

Fortaleza.

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.000-000.

15 - E-mail:

55imperialux + @gmaile.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 9.8422-3357.

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:

 RECUSO 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)  
 Banco do Brasil (001)

 Itaú (341)  
 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander.

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4172

CONTA: 104 6670

6

(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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima  Sim  
teve filhos?  Não

 29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deu à  
nascituro (velho/velha)?

 31 - Vítima  
teve irmãos?  Sim  
 Não

 32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

 33 - Vítima deixou  
pais/avôs 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

 Impresso  
digital  
vítima  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Fortaleza, 06 de Novembro de 2019.

Júlio Lacer Alves da Silva.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:

021.280.133-30

4 - Nome completo da vítima:

Júlio Laran Alves 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:

7 - Profissão:

autônomo.

8 - Endereço:

Rua 761 Cid. Jardim II

6 - CPF:

021.280.133-30.

11 - Bairro:

José Walter.

12 - Cidade:

Fortaleza.

9 - Número:

1 AP 303-803

15 - E-mail:

58impepiva + @gmail.com

14 - CEP:

60.000-000.

16 - Tel.(DDD):

(85) 9.8422-3357.

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\$1.00 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)

 AGÊNCIA: 

 CONTA: 

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander.

 AGÊNCIA: 

 CONTA: 

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 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 do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vániase)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

NÃO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data,

Fortaleza, 06 de Novembro de 2019.

Júlio Laran Alves da Silva.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



Transferência entre contas realizado com sucesso.

Conta Origem:

**4470/01.015495.6**

Nome:

**DOUGLAS**

Conta de Destino:

**4172/0000010466706**

Nome Destino:

**JULIO CESAR ALVES DA SILVA**

Instituição:

**0033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.**

Tipo Conta:

**Conta Corrente Individual**

ISPB:

**90400888**

Tipo de transferência:

**Transferência entre contas**

Valor:

**R\$ 5,00**

Data da transação:

**13/11/2019 11:19:57**

Autenticação bancária:

**MBB35DECC12428DFCDC062B**

.....

Transferências entre contas Santander são ilimitadas e gratuitas no app Santander e Internet Banking, por tempo indeterminado. Em caso de alteração dessa condição, você será comunicado previamente.

**Central de Atendimento Santander**

**4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)**

**0800-702-3535 (Demais Localidades)**

**SAC 0800-762-7777**

**Ouvidoria 0800-726-0322**

**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: 3190627717  
Nome do(a) Examinado(a): Julio Cesar Alves da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Ru 761, 1 Ap 303 Bl 03 Qd 07  
Prefeito Jose Walter Fortaleza CE CEP: 60748-266  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2003015043709  
Data local do acidente: [ 05/08/2019 ]  
Data local do exame: [ 23/11/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO 4º E 5º METATARSOS E FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO**

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

**Tratamento: EM CONFORMIDADE COM A DESCRIÇÃO CIRÚRGICA, FOI REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO 5º DEDO. NO MOMENTO DA CIRURGIA FOI OBSERVADOR LESÃO EXTENSA TAMBÉM NO 4º E 5º METATARSOS, QUE FORAM OPERADOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 15/11/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, BLOQUEIO METATARSO FALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILOS E INTERFALÂNGICO DO 5º PODODÁCTILO**

- 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 GRAVE DO 4º E 5º DEDOS 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):**

**4º DEDO DO PÉ - Lado Direito**

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

**Região Corporal (Sequela):**

**5º DEDO DO PÉ - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 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.



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



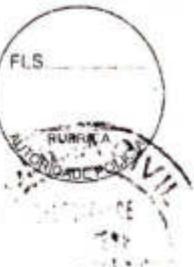
**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019615014



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2967 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/09/2019 16:06:09**  
Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2019 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV VIRGÍLIO TAVORA C/ AV. PONTES VIEIRA , MEIRELES - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIO CESAR ALVES DA SILVA**  
Nascimento: **03/04/1984** CPF: **021.280.133-30**  
CTPS: **5603335** Orgão Emissor: **CTPS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA**  
**MANOEL FERREIRA DA SILVA**  
Endereço: **RUA MOURA MATOS, 1302 986799547 - DRAYCE**  
Bairro: **PASSARE**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **59030-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98537-8687**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORX1246** Uf: **CE** Município: **AQUIRAZ** Chassi: **9C2KC1680ER009038** Renavam: **598662146** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSIELIO MONTEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

QUE COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA ORX-1246 NA AV. VIRGÍLIO TAVORA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU NA REFERIDA MOTO JOGANDO A VITIMA CONTRA UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, FICANDO A VITIMA LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. 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 :** *[Signature]* **FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *[Signature]*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** *[Signature]* **MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**

# 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:

021.280.133-30.

4 - Nome completo da vítima:

Fábio Lesan Alves 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:

Fábio Lesan Alves da Silva

6 - CPF: 021.280.133-30.

7 - Profissão:

autônomo.

8 - Endereço:

Rua 761 Cid. Jardim II

9 - Número:

1 Ap 303-803

10 - Bairro:

Jardim Walter.

11 - Cidade:

Brasília.

12 - Estado:

DF

13 - CEP:

60.000-000.

14 - E-mail:

55imperius1@gmail.com

15 - Tel. (DDD):

(61) 9.8422-3357.

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\$1.00 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander.

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4172

CONTA: 104 6670

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 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 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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varíaseco):  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 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.

Introdução  
digital da  
vítima/curador  
ou beneficiário  
e/ou representante  
legal.

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

40 - Local e Data,

Brasília, 06 de Novembro de 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

# 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: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO CESAR ALVES DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04172

CONTA: 000001046670-6

---

Nr. da Autenticação 340160DFDFA2C85C

9575251

Para aplicar seu estabelecimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato comigo.

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

Companhia Energetica do Ceará

Rua Pedro Valério, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 16.175.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

578316107

Rota 09 01230 56 545500 - 5 Data de Emissão 14/06/2019

Nome JULIO CESAR ALVES DA SILVA

End. Postal RU 0761 CIDADE JARDIM II 000001 AP 303 BL 03 QD 07 LT 0  
CONJUNTO PREF. JOSE WALTER - FORTALEZA - 60000000

Medidor 9475771 Posto 1000 X41C

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 021280133-30 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Provisão Prox. Leitura
JUN/2019	14/06/2019	17/07/2019

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunto	Período	Valor
Mês	06/2019	R\$ 11,64
DIFC - 2,60		

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
1.000,00	17%	170,00

Parâmetro Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82
FIC	3,17	6,35	12,70
DMIC	1,77		3,54

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

000.100.100.100.100.100.100.100

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 116	100	1,69	106	6,92	70	0,178	19,22
14/06/19	15/06/19	32,14%	106	6,92	70	0,178	19,22

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL	10,57
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,92
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	43,54

VENCIMENTO

20/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

85,67

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	Valor (R\$)
Transmissão	1,14
Distribuição	1,02
Encarreg. Setorial	2,19
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,01
TOTAL	31,56

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissoes kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (% CO <sub>2</sub> )
41,38	0,00	0% ■ 100%

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para mais informações, entre em contato com a Enel.



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

*Hosp. Dr. Edmundo Borba de Oliveira* 25.16161617

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

*José Carlos Alva da Silva*

6 - Nº PRONTUÁRIO

*51587/3*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

*7216912218610511914* 8 - DATA DE Nascimento 01/04/84

9 - SEXO

Masculino  Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSAVEL

*Clara de Oliveira Alva da Silva* 11 - DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO 25.9185317181618

12 - ENDEREÇO (RUA, N. BAIRRO)

*Rua Oliveira Alva, 1302, Passare  
Bioterapeuta* 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNIC. 230460 15 - UF 00 16 - CEP 60813-1310

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Trauma no 5º dedo esquerdo em ambas as mãos. Dor, inchaço no 5º dedo*

18 - QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*450. Crânio/10*

19 - NÚMERO

DESLISTAS DE PROVAVIS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Anamnese + ex. Físico + Rx*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Trauma do 5º dedo esquerdo (fratura)*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*40. Crânio/9c lesão ex. Rx 41. Atas de suspeita 04 113 014 0111713  
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
Trauma/osteoporose 28100116127-0151251813  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO  
Dr. Max Wendell B. Lopes 05/08/13 Dr. Max Wendell B. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia*

**PRINCIPAL CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

35 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N.º BILHETE

38 - SÉRIE

CREMEC: 10107

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

INSCREVE

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

CNS

CPF

46 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

*2f  
belm 25*

Gráf.HDEBO-SAME-AIH-005



PRATICANTE	JOSÉ WANDERLÉ ALVES DE SILVA		
DATA OPERAÇÃO	05 / 06 / 13	ENFERMAGEM	LPTO
DR. AUXILIAR	DR. AUXILIAR		
DR. AUXILIAR	DR. AUXILIAR	DR. AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESESTA	DR. FELIPE		TIPO DE ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO			
FRACO EXPON. NO 5 <sup>2</sup> FEMORÁTICO			
TIPO DE OPERAÇÃO			
TR. HUMERAL R. HUM. EXTRAS. E. FEM. DE 1000G. (04.13.04.021-3)			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
D. MÓRTO			
RELATÓRIO IMEDIATO PATHOLOGISTA			
Ø			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO			
Ø			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
Ø			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC. LIQUADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAB

1. PACIENTE NO TÁTICO. DRENAGEM. SUTURA. MATERIAL.
2. ALERGIA. E. ANESTESIA.
3. DRASTICAMENTE. RADIOLÓGICA.
4. OPERAÇAO. SE. TÉCN. EXTRAS. MÚSCULOS E F. E. A. LIGAMENTOS. E. EXPULSÃO DE FRACO. E. MUSCULOS. M. ISCHIA. PELVICAS. NO 5<sup>2</sup> FEMORÁTICO.
5. AVANÇO. E. DRASTICAMENTE. DE. TECN. RADIOLÓGICA.
6. LAVAGEM. COM. SODÍUM. SÓDIO. M. VENOSA.
7. MOLDE. PARA. FONDO. DE. LIGAMENTOS.
8. CINTURÃO.

28  
28  
29  
29

Gráf. HOEBO-SAME-Des. Oper-003

Dr. Max Wandell B. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 10107

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE emergÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE  
JULIO CESAR ALVES DA SILVA

SEXO  
MASCULINO

ANAMNESIS

TIPOS DE VENAS/ARTERIAS  
NI

LOCALIZAÇÃO  
FORTALEZA

CEP  
60.801-360

68

DATA DE Nascimento  
08/04/1983(36  
ANOS)

SEXO  
M

PAPEL  
PADEIRA

Nº DO RG  
363229  
NOME  
MARIA BEATRIZ ALVES DA  
SILVA

ENDEREÇO  
RUA MÔURA MATOS 1302 PASSARÉ  
Bairro  
(06) 98837-8037

DATA DA OcorrÊNCIA/ DATA DA FONTE DO ACIDENTE

SEGUIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
VITIMA DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS POR VOLTA DA 16 HORAS, APRESENTA LESÃO EM PÉ  
DIREITO, NEGA COMORBIDADES

MOTIVO  
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE COR  
09 (ADULTO)

PESO  
NI KG

TEMPERATURA  
NI °C

INMERSÃO ANTENAL  
NUNI  
ALEGREZ  
NEGA

DIAGNÓSTICO

ESTADO  
NIN

PAPEL  
NI

TRIAGEM  
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
MARCILENE SILVA DA CUNHA

DATA E HORA DE  
CLASSIFICAÇÃO  
05/06/2019  
10:34:42

ATENDIMENTO  
02-EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA

ANAMNESE

EXAMES

TRATAMENTO

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ATENDIMENTO MÉDICO

ACADEMIA

TRATAMENTO DE RISCOS

INDICAÇÃO  
HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIOS-X

05/06/2019  
06:34:42

06:34:42

( ) OUTROS

MEDICAMENTO

PREScriÇÃO MÉDICA

APARELHAMENTO

OBSEVAÇÕES

ACESSO MÉDICO ( ) A PEDIDO ( ) EVAISÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNACAO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

Dr. Wendell B. Lopes  
Médico de Traumatologia  
CRM-CE: 10.403

Assinatura do médico

Impresso por Marcilene Silva Da Cunha em 05/06/2019 10:34:42  
estão sendo verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 10 da Lei

Julio Cesar Alves da Silva  
Assinatura

Julio Cesar Alves da Silva  
Assinatura

Julio Cesar Alves da Silva

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

NOME

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

2003015043709 SSP

CE

CPF

021.280.133-30

DATA NASCIMENTO  
03/04/1984

FILIAÇÃO

MANOEL FERREIRA DA  
SILVA  
MARIA DE FATIMA ALVES  
DA SILVA

PERMISSÃO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

Nº REGISTRO

VALIDADE

1º HABILITAÇÃO

06/10/2016

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO.

*Julio Cesar Alves da Silva*

03/04/1984

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

25/10/2017

*igor vasconcelos ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

36722974403  
CE161925391

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1548213509

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548213509



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190627717      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 05/08/2019      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º E 5º METATARSOS E FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, BLOQUEIO METATARSO FALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-  
**físico:** EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILOS E INTERFALÂNGICO DO 5º PODODÁCTILO

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/11/2019

**Conduta mantida:**

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
		<b>Total</b>	<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

**Vítima:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**CPF:** 021.280.133-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/08/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30**

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](http://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: 07/11/2019  
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA  
CPF: 021.280.133-30

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

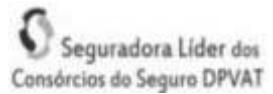
---

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

---

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

**Número do Sinistro:** 3190627717

**Vítima:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**CPF:** 021.280.133-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/08/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 08/11/2019  
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA  
CPF: 021.280.133-30

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

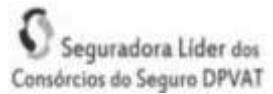
---

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

**Número do Sinistro:** 3190627717

**Vítima:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**CPF:** 021.280.133-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/08/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 13/11/2019  
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA  
CPF: 021.280.133-30

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

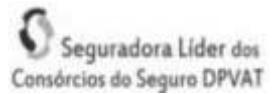
---

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391578/19

**Número do Sinistro:** 3190627717

**Vítima:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**CPF:** 021.280.133-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/08/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR ALVES DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**JULIO CESAR ALVES DA SILVA : 021.280.133-30**

Autorização de pagamento

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019  
Nome: JULIO CESAR ALVES DA SILVA  
CPF: 021.280.133-30

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

JULIO CESAR ALVES DA SILVA

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE