

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edilson Nascimento Veras
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado
Profissão: Recusado
Identidade: 0 28 960 982 0054 CPF: 024.330.733-08
Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Constantino de Aguiar
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado
Profissão: Recusado
Identidade: 20085652681 CPF: 716.249.293-20
Endereço: Rua Olho d'água 1640

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

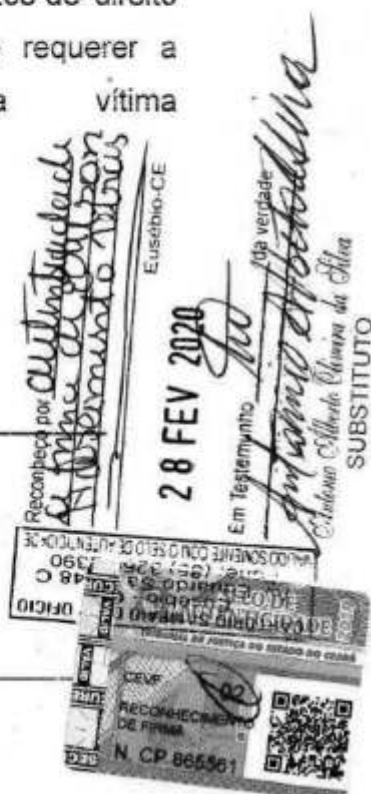
Edilson Nascimento Veras

Eusebio 28 de fevereiro de 2020

Local e data

CARTÓRIO SAMPAIO
EUSEBIO

Edilson Nascimento Veras



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092090/20

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF: 024.330.733-08

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ : 716.249.293-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILSON NASCIMENTO VERAS : 024.330.733-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ
CPF: 716.249.293-20

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

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



INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1351751253

NOME
MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20085652681 SSP CE

CPF
716.249.293-20 DATA NASCIMENTO
13/08/1976

FILIAÇÃO
FRANCISCO FERNANDES
QUEIROZ
FRANCISCA CONSTANTINO
QUEIROZ

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
06451802151

VALIDADE
21/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
01/09/2015

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Marcilia Constantino de Queiroz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
28/09/2016

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

58657570193
CE155631390

DETRAN-CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1351751253

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: EDILSON NASCIMENTO VERAS

Idade: 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5654075

Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

Bairro: MANGABEIRA

Num: 356

CEP: 61760-000

UF: CEARÁ

Cidade: EUSEBIO

Localização

Clínica: UNIDADE 25

Enfermaria: 250

Leito: 2502

Internação 20/01/2020

14:41

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

EDILSON, 32 ANOS, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO (20/1/2020), EVOLUINDO COM FRATURA DE ARCOS COSTAIS E ESCÁPULA A ESQUERDA + CONTUSÃO PULMONAR + FRATURA DE COLO E DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO + LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. APRESENTOU PNEUMOTÓRAX À E, SENDO REALIZADO DRENAGEM SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUIU COM FEBRE DE PROVÁVEL FOCO PULMONAR E POR FALTA DE ATB DE MENOR ESPECTRO, FEZ USO DE MEROPENEM POR 8 DIAS. EVOLUIU COM MELHORA DO QUADRO CLÍNICO, FOI RETIRADO DRENO DE TÓRAX E APÓS CONCLUSÃO DO ATB, REALIZOU OSTEOSÍNTSE DE FX DE COLO DE FÊMUR EM 07/02 E TTO CIRÚRGICO DE DIÁFISE DE FÊMUR EM 13/02 SEM INTERCORRÊNCIAS. NO PÓS-OP, APRESENTOU FEBRE E COLEÇÃO EM FO, FAZENDO USO DE TAZOCIN E VANCO POR 7 DIAS. AVALIADO AINDA PELO NEURO QUE ORIENTOU INICIAR PREGABALINA PELA LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL E ENCAMINHAR AO AMBULATÓRIO DO DR FLÁVIO LEITÃO EM 30 DIAS E SOLICITAR ELETRONEUROMIOGRAFIA. VAI DE ALTA PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Exames Realizados

#TC QUADRIL ESQUERDO E DIREITO (22 E 29/1/2020): ACETÁBULO PRESERVADO. FRATURA DE COLO FEMORAL SEM DESLOCAMENTO ÓSSEO (30/1/2020): HB 9,1 LEUCO 9970 PLAQ 528000 INR 1,15 UR 36 CR 0,8 K 4,7 CA 8,7 NA 131 PCR 189>54, UCT(29/01) NEGATIVO, HCT(29/01): NEGATIVA (05/02) HB 10,1 LEUCO 6350 PLAQ 642MIL NAS 134 PCR 25,1 UR 34 CR 0,8 K 4,7 US PARTES MOLES-> PEQUENAS COLEÇÕES EM SUBCUTÂNEO PROFUNDOS COM ORIFÍCIOS DE DRENAGEM PARA PELE, O MAIOR DE 3,4CM3

Terapêutica Utilizada

FEZ 8 DIAS DE MEROPENEM
TAZOCIN E VANCO POR 7 DIAS

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S202 - CONTUSAO DO TORAX

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
* Sim	S202	CONTUSAO DO TORAX
Não	S72	FRATURA DO FEMUR

Joyce Alves da F. Farias
Clínica Médica
CREMEC 12009

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 22/02/2020

Observações Complementares

retorno no ambulatorio do dr marcelo girão em 15 dias e do dr flávio leitão em 30 dias
não andar até o retorno

retirar pontos de ferida em 15 dias na unidade de saúde

Responsável

Médico: JOYCE ALVES DA FONSECA FARIAS

Data: 07/02/2020

Paciente: EDILSON NASCIMENTO VERAS			
Idade: 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5654075	
Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356		Bairro: MANGABEIRA	
Num: 356	CEP: 61760-000	UF: CEARÁ	Cidade: EUSEBIO

Localização			
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 250	Leito: 2502	
Internação 20/01/2020	14:41	Alta: * Não Informado * * Não Informado	

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Procedimento Eletivo	07/02/2020 10:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRAO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Procedimento Eletivo	13/02/2020 10:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	JOSE MARCELLO SALES BRUNO

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402007236521 Admissão: 19/01/2020 16:08
 Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS
 Pront.: 5654075 Data Nasc.: 30/03/1987 Idade: 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s) Tel.: 85 98669-6762
 Mãe: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
 Sexo: Masculino RG: 0289609820057 Município: EUSEBIO
 CEP 61760-000 Bairro: MANGABEIRA
 Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 19/01/2020 16:11
 Queixa: vítima de colisão moto x carro. politraumatizado. refere cervicalgia, dor torácica e em fêmur, desorientado

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA
 Autoagressão: Não

Sato02: 94 Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 106 PA: 144x97 FR: 20

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES GUIMARAES CRM: 7742 Nº: 597146 Horário 19/01/2020 16:31
 Acidente: RABELO Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO X CARRO. COM FRATURA DE FEMUR ESQ E ARCOS COSTAIS
 SEM TCE
 ESTAVEL

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 20/01/2020 22:42

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
19/01/2020 16:11	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

SERVIÇO DE PROTOCOLO - EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

DATA 21 02 2020
 MATRICULA 51022
 1

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402007236521 Admissão: 19/01/2020 16:08
 Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS
 Pront.: 5654075 Data Nasc.: 30/03/1987 Idade: 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s) Tel.: 85 98669-6762
 Mãe: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
 Sexo: Masculino RG: 0289609820057 Município: EUSEBIO
 CEP 61760-000 Bairro: MANGABEIRA
 Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
19/01/2020 18:41	GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA	PACIENTE RELATA COLISÃO MOTO X CARRO DIA 19/01/2020, APRESENTA FRATURA FECHADA DE FEMUR ESQUERDO CD: INTERNO PARA CIRURGIA ELETIVA

PRESCRIÇÃO

Médico: VIRGINIA DE CASTRO MAIA RIBEIRO TEIXEIRA CRM 12534 20/01/20 17:25

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER TRAUMATO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CLINICA DA DOR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CIRURGIA TORACICA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR> SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CLINICA DA DOR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CIRURGIA TORACICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER TRAUMATO	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402007236521 **Admissão:** 19/01/2020 16:08
Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS
Pront.: 5654075 **Data Nasc.:** 30/03/1987 **Idade:** 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s) **Tel.:** 85 98669-6762
Mãe: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
Sexo: Masculino **RG:** 0289609820057 **Município:** EUSEBIO
CEP: 61760-000 **Bairro:** MANGABEIRA
Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES GUIMARAES RABELO CRM 7742 19/01/20 16:34

Prescrição	Horário:
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101
 RECEBIDA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 21 / 02 / 2020
 MATRÍCULA 51022
 [Assinatura]
 COORDENADOR(A)

Nº do Cliente:

6429916

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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



Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 048559353

Rota EB318R53 - 45000

Referência 01/2020

Nome MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

Endereço RU DO OLHO D'ÁGUA, 01640 - CS FUNDOS, OLHO D'ÁGUA,

61760-000, EUSEBIO

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 27/01/2020

Medidor 5364350-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

FABA8647C1049C0994EB1F36F9D6C4F8

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior

27/12/2019

Atual

27/01/2020

Próxima prevista

26/02/2020



MED JAN AGO JUL JUN MAI ABR MAR FEV JAN DEZ

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	10.347	10.347	1.00	00	00	30	0,54067	16,22

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CREDITO DE PEQUENOS VALORES
ADICIONAL BAND. AMARELA
CUSTO DE DISPONIBILIDADE
DEBITO DE PEQUENOS VALORES

-
0,01367
-
-

-33,79
0,41
16,22
17,16

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu Marcilio Constantino de Azevedo
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 716.249.293/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioEdilson Nascimento Veiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.330.733/08do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Edilson Nascimento VeirosInscrito (a) no CPF sob o Nº 024.330.733/08, 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.

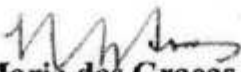
Endereço: <u>Rua Olho d'Água</u>	Número: <u>1640</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Olho d'Água</u>	Cidade: <u>Eusebio</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>meq-2012@hotmail.com</u>	CEP: <u>61760-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Eusebio 28 de fevereiro 2020Marcilio Constantino de Azevedo
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **EDILSON NASCIMENTO VERAS**, portador do RG n.º 0289609820057, SSP-MA, inscrito no CPF n.º 024.330.733-08, no dia 19/01/2020 às 14h00, no Município de Eusébio-CE, no cruzamento da Rua Francisco Oliveira com a Rua Zildenia, Bairro Coaçu, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 05 de fevereiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

6233553

Para explicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 047944806

Rota EB314R60 - 53800

Referência 01/2020

Nome SEBASTIANA NASCIMENTO VERAS

Endereço RU PENHITO FERREIRA, 00047, DISTRITO TIMBU,

61760-000, EUSEBIO

Classificação Resid. Baixa Renda

Emissão 22/01/2020

Modalidade Tarifária 1:1 RESIDENCIAL

Medidor 5111107-ELE-626

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 01/01/2020 Atual 11/01/2020 Próxima prevista 19/01/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Inst. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	11,57	11,35	1,22	1,22	0,00	1,22	2,4200	2,96

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREI MUNIC	18,58
ICMS COMPL BX RENDA	10,82
PIS COMPL BX RENDA	0,16
COFINS COMPL BX RENDA	0,73
DESCONTO BAIXA RENDA	-40,08
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	40,08
JUROS MORATORIOS	0,76
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	7,46
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,42743
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	29,92
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,64167
COB CRÉDITO CREFAZ 0800 0525051	46,20
	2,22
	117,15

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	125,88	27,00	33,99
PIS	125,88	0,41	0,51
COFINS	125,88	1,78	2,25

07/02/2020

234,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 046.711.193-66

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

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

67,14 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/12 Valor R\$249,18). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 1, 2) e o envio dos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000006233553.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 22/12 - 22/01

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MES TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Nº do Cliente: 6233553
Data de Emissão: 22/01/2020
Nº da Nota Fiscal: 047944806

Referência: 01/2020
Total a Pagar (R\$): 234,00
Nº de Controle: 40002432080

V: [1.0.0.7]

06.105.848-3
28.42424077

83800000002 5 34000031040 7 00243208007 0 00006233553 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: 024.330.733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilson Nascimento Veiros

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

5 - Nome completo: Edilson Nascimento Veiros 6 - CPF: 024.330.733-08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Benedito Ferreira 9 - Número: 47 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Timbu 12 - Cidade: Eusebio 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61760-000
15 - E-mail: m.e.g.2012@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 1851 999207342

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4254 CONTA: 4369 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Eusebio 28 fevereiro 2020

Edilson Nascimento Veiros

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 1082 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/02/2020 10:47:10**
Data / Hora da Ocorrência: **19/01/2020 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ZILDENIA - EUSEBIO/CE**
Ponto de Referência: **ESTRADA DO FIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDILSON NASCIMENTO VERAS**
Nascimento: **30/03/1987** CPF:
RG: **0289609820057** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS**
JOSÉ MARIA IVO VERAS
Endereço: **RUA VALTER BEZERRA DE SÁ, 90**
Bairro: **TIMBÚ**
Município: **EUSEBIO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **9255-8159**

Histórico

Narra a vítima que pilotava sozinho sua moto PMP2107 HONDA/NXR16D BROS no dia e local acima mencionado, sentido Eusebio - Aquiraz; QUE trafegava por uma rua onde a preferencial era sua; QUE um carro PLACA POP5277 CHEVROLET/ONIX 10MT JOYE avançou a preferencial e atingiu o declarante; QUE o declarante foi arremessado ao chão, não ficou desacordado, mas não lembra de muita coisa; QUE a condutora do veículo não se evadiu do local, lá ficando até que tudo fosse resolvido; QUE populares ligaram para o SAMU, o qual compareceu ao local e levou a vítima para o Hospital Frozinha de Messejana, no entanto, a vítima lá não ficou, pois o Hospital não fazia atendimento para o tipo de lesão sofrida pela vítima; QUE o SAMU o reconduziu para o Instituto Dr Jose Frota, onde ficou internado 34 dias, sendo também submetido a procedimento cirúrgico, pois fraturou o fêmur e as costelas; QUE também compareceu ao local do acidente a AMT/Eusebio, a qual identificou a condutora do veículo como sendo, ANTONIA LARINA NUNES DA SILVA. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PRISCILLA OLIVEIRA FARIAS BEZERRA VICTOR - MAT.: 301256-5-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7

Relatório referente ao Boletim de Acidente de Trânsito.

O presidente da Autarquia Municipal de Trânsito do município do Eusébio, no uso de suas atribuições legais, certifica, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito - BOAT, sob nº 001137 acerca do acidente ocorrido na interseção das ruas Zildênia com Francisco Oliveira Almeida Est. do Fio no Amador no dia 19 de janeiro de 2020 aproximadamente às 13:00hs, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	Abalroamento lateral
Veículo condutor - 01	Placa: POP-5277. Conduzido por Antônia Larina Nunes da Silva, nº de registro da Carteira Nacional de Habilitação – CNH 07306956388, portadora do CPF 077.939.503-48, telefone de contato (85)98708-7154.
Veículo condutor - 02	Placa: PMP-2107. Conduzido por Edilson Nascimento Veras, portador do CPF 024.330.733-08 (condutor socorrido).

DESCRIÇÃO:

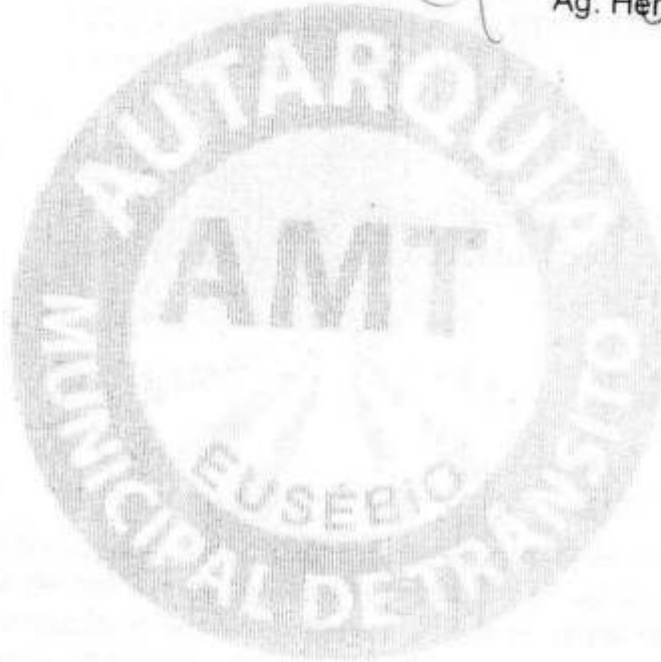
Atendeu a ocorrência: agt's. Hermínio, Lira e Serpa. Esta ocorrência teve início após a recepção de mensagem junto a Guarda Municipal do Eusébio através de seu posto de comando informando de um acidente viário no local supracitado. Informo ainda que chegando ao local nos deparamos com os dois veículos danificados no leito da via decorrentes de uma Abalroamento lateral (conforme croqui), o condutor 01 ileso e o condutor 02 socorrido, não teve uma sinalização atingida e já haviam acionados algum serviço público, ambulância USB-129. A descrição sumária do acidente teve como veículo 01 circulando e o veículo 02 circulando. Após os procedimentos iniciais de segurança viária dos envolvidos, constatou-se as seguintes condições das vias: pistas simples; pavimentos sendo asfalto; condições boas; sem canteiro elevado como separação central; alinhamento vertical plano; com uma faixa de rolamento para sentido. Condições do local: tempo bom; não havia obras de arte; não havia obras na pista; condições boa da calçada; cruzamento em "+"; alinhamento horizontal reto; local comercial; com bom estado a sinalização horizontal e sem sinalização vertical; superfície seca; não havia controle de tráfego e a luz do dia. Os condutores não tinham condições de relatarmos de modo formal o sinistro. Todos

os envolvidos permaneceram no local até a chegada dos órgãos competentes. No transcorrer desta ocorrência as partes possivelmente entraram em um acordo e ao término desta foi orientado às partes envolvidas a fazerem um Boletim de Ocorrência junto as Polícia Civil do estado e com a finalidade de não ocasionar outros acidentes em potencial foi, após conclusão dos procedimentos de trânsito cabíveis, comunicado às partes a retirarem os veículos do local. Sem mais.

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, ag. Herminio, matricula 14570, descrevi e assino _____ conforme original.

Autarquia Municipal de Trânsito, Eusebio, 20 de janeiro de 2020.

Ag. Herminio - Mat. 14570



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: 024.330.733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilson Nascimento Veiros

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

5 - Nome completo: Edilson Nascimento Veiros 6 - CPF: 024.330.733-08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Benedito Ferreira 9 - Número: 47 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Timbu 12 - Cidade: Eusebio 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61760-000
15 - E-mail: m.e.g.2012@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 1851 999207342

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4254 CONTA: 4369 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Eusebio 28 fevereiro 2020

Edilson Nascimento Veiros

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON NASCIMENTO VERAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04254

CONTA: 000000004369-3

Nr. da Autenticação B811DD4153B05DBA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143240/20

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF: 024.330.733-08

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ : 716.249.293-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILSON NASCIMENTO VERAS : 024.330.733-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/05/2020
Nome: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ
CPF: 716.249.293-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edilson nasemento Veros
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado
 Profissão: Recusito
 Identidade: 0 28 960 982 0057 CPF: 024.330.733-08
 Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: Marcelio Constantino de Aguiar
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado
 Profissão: Recusito
 Identidade: 2 008 5652 681 CPF: 716.249.293-20
 Endereço: Rua Olho d'água 1640

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Edilson nasemento Veros

Eusébio 28 de fevereiro de 2020
 Local e data

Edilson nasemento Veros

Reconheço por autenticidade
 o nome do outorgado
 no presente instrumento
 Eusébio-CE

28 FEV 2020

Em Testemunho
Antônio de Aguiar
 da verdade
 Celso Aguiar
 SUBSTITUTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200183647 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA À ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.
FRATURA NO COLO DO FÊMUR À ESQUERDA (SEM DESVIO).
FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (OSTEOSSÍNTESE). P.1
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

6233553

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-79 | CGF 06.105.646-3A partir de 01/01/2020, utilize o nº acima
para entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 047944806

Rota EB314R60 - 53800

Referência 01/2020

Nome SEBASTIANA NASCIMENTO VERAS

Endereço RU PERDIDO FERREIRA, 00047, DISTRITO TIPIRÁ

61766-000 EUSEBIO

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária 1:1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 22/01/2020

Medidor 5111107-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 21/12/2019 Atual 19/05/2020 Próxima prevista 19/06/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
07	13,97	1,35		12,62	0,00	12,62	2,4722	31,60

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM. PUB. PRET. MUNIC	18,58
ICMS COMPL. SX. RENDA	10,82
PIS COMPL. BX. RENDA	0,16
COFINS COMPL. BX. RENDA	0,73
DESCONTO BAIXA RENDA	-40,08
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	40,08
JUROS MORATORIOS	0,76
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	7,46
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	29,92
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	46,20
ADICIONAL BAND. AMARELA	2,22
COR. CREDITO CREFAZ 0800 0525051	117,15

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	125,83	27,00	33,99
PIS	125,83	0,41	0,51
COFINS	125,83	1,78	2,25

VENCIMENTO	07/02/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	234,00
------------	------------	---------------------	--------

CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ	046.711.193-66
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensação suas emissões pelo consumo de energia elétrica		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (kg CO ₂)
67,14	0,00	

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/12 Valor R\$249,18). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 1.º) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor cancelar o débito neste aviso. Nº Cliente: 000006233553.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 22/12 - 22/01
SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MES TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Nº do Cliente:	6233553	Referência:	01/2020	V: [1.0.0.7]
Data de Emissão:	22/01/2020	Total a Pagar (R\$):	234,00	
Nº da Nota Fiscal:	047944806	Nº de Controle:	40002432080	

83800000002 5 34000031040 7 00243208007 0 00006233553 7



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Impresso nº 2020170862



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 1082 / 2020

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/02/2020 10:47:10**Data / Hora da Ocorrência: **19/01/2020 13:00:00**Endereço da Ocorrência: **R ZILDENIA - EUSEBIO/CE**Ponto de Referência: **ESTRADA DO FIO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EDILSON NASCIMENTO VERAS**Nascimento: **30/03/1987** CPF:RG: **0289609820057** Orgão Emissor: **SSP** UF:Filiação: **TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS****JOSÉ MARIA IVO VERAS**Endereço: **RUA VALTER BEZERRA DE SÁ, 90**Bairro: **TIMBÚ**Município: **EUSEBIO/CE** CEP:País: **BRASIL** Telefone: **9255-8159****Histórico**

Narra a vítima que pilotava sozinho sua moto PMP2107 HONDA/NXR16D BROS no dia e local acima mencionado, sentido Eusebio - Aquiraz; QUE trafegava por uma rua onde a preferencial era sua; QUE um carro PLACA POP5277 CHEVROLET/ONIX 10MT JOYE avançou a preferencial e atingiu o declarante; QUE o declarante foi arremessado ao chão, não ficou desacordado, mas não lembra de muita coisa; QUE a condutora do veículo não se evadiu do local, lá ficando até que tudo fosse resolvido; QUE populares ligaram para o SAMU, o qual compareceu ao local e levou a vítima para o Hospital Frozinha de Messejana, no entanto, a vítima lá não ficou, pois o Hospital não fazia atendimento para o tipo de lesão sofrida pela vítima; QUE o SAMU o reconduziu para o Instituto Dr Jose Frota, onde ficou internado 34 dias, sendo também submetido a procedimento cirúrgico, pois fraturou o fêmur e as costelas; QUE também compareceu ao local do acidente a AMT/Eusebio, a qual identificou a condutora do veículo como sendo, ANTONIA LARINA NUNES DA SILVA. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****PRISCILLA OLIVEIRA FARIAS BEZERRA VICTOR - MAT.: 301256-5-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7**

Relatório referente ao Boletim de Acidente de Trânsito.

O presidente da Autarquia Municipal de Trânsito do município do Eusébio, no uso de suas atribuições legais, certifica, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito - BOAT, sob nº 001137 acerca do acidente ocorrido na interseção das ruas Zildênia com Francisco Oliveira Almeida Est. do Fio no Amador no dia 19 de janeiro de 2020 aproximadamente às 13:00hs, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	do	Abalroamento lateral
Veículo condutor - 01	e	Placa: POP-5277. Conduzido por Antônia Larina Nunes da Silva, nº de registro da Carteira Nacional de Habilitação – CNH 07306956388, portadora do CPF 077.939.503-48, telefone de contato (85)98708-7154.
Veículo condutor - 02	e	Placa: PMP-2107. Conduzido por Edilson Nascimento Veras, portador do CPF 024.330.733-08 (condutor socorrido).

DESCRIÇÃO:

Atendeu a ocorrência: agt's. Hermínio, Lira e Serpa. Esta ocorrência teve início após a recepção de mensagem junto a Guarda Municipal do Eusébio através de seu posto de comando informando de um acidente viário no local supracitado. Informo ainda que chegando ao local nos deparamos com os dois veículos danificados no leito da via decorrentes de uma Abalroamento lateral (conforme croqui), o condutor 01 ileso e o condutor 02 socorrido, não teve uma sinalização atingida e já haviam acionados algum serviço público, ambulância USB-129. A descrição sumária do acidente teve como veículo 01 circulando e o veículo 02 circulando. Após os procedimentos iniciais de segurança viária dos envolvidos, constatou-se as seguintes condições das vias: pistas simles; pavimentos sendo asfalto; condições boas; sem canteiro elevado como separação central; alinhamento vertical plano; com uma faixa de rolamento para sentido. Condições do local: tempo bom; não havia obras de arte; não havia obras na pista; condições boa da calçada; cruzamento em "+"; alinhamento horizontal reto; local comercial; com bom estado a sinalização horizontal e sem sinalização vertical; superfície seca; não havia controle de tráfego e a luz do dia. Os condutores não tinham condições de relatarem de modo formal o sinistro. Todos

os envolvidos permaneceram no local até a chegada dos órgãos competentes. No transcorrer desta ocorrência as partes possivelmente entraram em um acordo e ao término desta foi orientado às partes envolvidas a fazerem um Boletim de Ocorrência junto as Polícia Civil do estado e com a finalidade de não ocasionar outros acidentes em potencial foi, após conclusão dos procedimentos de trânsito cabíveis, comunicado às partes a retirarem os veículos do local. Sem mais.

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, ag. Herminio, matricula 14570, descrevi e assino _____ conforme original.

Autorquia Municipal de Transito, Eusebio, 20 de janeiro de 2020.

Ag. Herminio – Mat. 14570

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: 024.330.733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilson Nascimento Veiros

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

5 - Nome completo: Edilson Nascimento Veiros 6 - CPF: 024.330.733-08
7 - Profissão: Revendedor 8 - Endereço: Rua Benedito Ferreira 9 - Número: 47 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Timbu 12 - Cidade: Eusebio 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61760-000
15 - E-mail: m.e.g.2012@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 1851 949207342

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 4254 CONTA: 4269 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Eusebio 28 fevereiro 2020

Edilson Nascimento Veiros

TESTEMUNHAS

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: 024.330.733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilson Nascimento Veiros

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

5 - Nome completo: Edilson Nascimento Veiros 6 - CPF: 024.330.733-08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Benedito Ferreira 9 - Número: 49 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Timbu 12 - Cidade: Eusebio 13 - Estado: PE 14 - CEP: 61760-000
15 - E-mail: m.e.g.2012@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 1851.949.207342

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4254 CONTA: 4369 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivezote)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Eusebio 28 fevereiro 2020

Edilson Nascimento Veiros

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200183647

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON NASCIMENTO VERAS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **EDILSON NASCIMENTO VERAS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004254**

Conta: **000004369-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092090/20

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF: 024.330.733-08

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILSON NASCIMENTO VERAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ : 716.249.293-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILSON NASCIMENTO VERAS : 024.330.733-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ
CPF: 716.249.293-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

ALANA DA SILVA DE MATOS