

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

318036059401

VALOR TOTAL:

945,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO ALVES MARTINS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00458

CONTA: 000000045207

---

---

Número da Autenticação

92959979

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

**Informações do Paciente:**
**Nº ACOLHIMENTO:** 30723 | 15:01:20 12/19/2017

etiqueta atendimento:

Atm: 4732993 Dt. Atendimento: 12/01/2017 - 15:01

Rec.: 08/09/2002

Nome: CERALDI ALVES MARTINS

Ind.: CAMILO S

DISTRITO: FERROVA-CE: CEP: 62130000

**Descrição da História Prévia do Atendimento:**

paciente 14 anos vítima de acidente de moto sem capacete refere dor no punho d

**Sinais Vitais do Paciente:**

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

 Eu, Xelkar Garida Alves Barbalho, ( ) Paciente (X) Responsável  
 (Grau de Parentesco) mãe, RGNº \_\_\_\_\_, declaro  
 que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde ( não - urgente ) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.


2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Xelkar Garida Alves Barbalho

Assinatura do Paciente ou Responsável


 Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
 Maria Cleide da Silva  
 GOVERNADORA

**RECEBEMOS**

06 AÇO 2018

 Maria Cecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 21.487.733/0001-06

**TRAUMATOLOGIA**



**9210073-2**  
 Para regular seu atendimento, utilize o nº acima  
 sempre que pedir um serviço especial.

Aterro Social de Energia Elétrica  
 Av. Itália, nº 1.011 - Jd. 10.438  
 Jd. 20.000 - São Paulo - SP  
**enel**  
 Companhia Energética de Goiás  
 Rua Padre Melchior, 100  
 CEP 74025-000 - Goiânia - GO  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 04.125.199-5

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 (H\*)** 521257537

**Nº** 20 32600 04 237000 - 7 **Data da Emissão** 28/06/2018

**Nome** CLAUDIO SILVA DE JESUS

**End. Postal** AV PE FRANCISCO SADIO DE ARAUJO 00299 00299 CS CASA B  
 CORACAO DE JESUS - SOBRAL - 62040370

**Medidor** 2231671 **Posto** 0000 0000

**Classe** 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

**RG/CPF/CNPJ** 008663475-50 **CGF**

**Nome do responsável**

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Valor a ser pago no valor desta conta.  
 Continuo

Período	Índice
Jun/2018	28/06/2018 - 28/07/2018

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
137,99	27,00%	37,24

**AREZ RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Let. Abast.	Let. Abast. 2	Dom. 2	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	5501	0920	1,00	177	0,00	177	137,99
<b>RESERVAÇÃO</b>							<b>VALOR (R\$)</b>
<b>VALOR CONSUMO 00 MES</b>							<b>137,99</b>
<b>QUOTA PARCELAMENTO 2/3</b>							<b>37,35</b>
<b>MULTA MORATORIA REF 05/2018</b>							<b>5,53</b>
<b>ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL</b>							<b>13,37</b>
<b>ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 11,81 )</b>							

**RECEBEMOS**  
 08 AGO 2018

Maria Genésio F. Nobre  
 Diretora de Serviços Elétricos  
 CNPJ 07.047.251/0001-70

**05/07/2018** **194,18**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	69,71
Perdas	17,77
Impostos	37,24
Encargos 2018	1,35
Tributos FISCALIS/CAFEB	42,53
TOTL	168,50

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

280	177	383	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-----	-----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Consumo em kWh	Consumo em kg CO <sub>2</sub>	Consumo em kg CO <sub>2</sub>	Consumo em kg CO <sub>2</sub>
69,71	0,00	0,00	0,00

**CONTA EM ATRASO** | **LEBITOS ANTERIORES**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0300 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Cláudio Silva de Jesus inscrito (a) no CPF/CNPJ 02869415, 50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genildo Alves Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 698784533, 36 do sinistro de DPVAT cobertura Unidade 3 da Vítima Genildo Alves Martins inscrito (a) na CPF sob o Nº 698784533, 36, 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 São Sebastião de Anjo</u>	Número <u>879-B</u>	Complemento <u>1012</u>
Cidade <u>Salvador</u>	Estado <u>BA</u>	CEP <u>41040370</u>
Email <u>claudiosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>71-994495518</u>	Telefone celular (DDD)

Salvador 29 de Julho de 2018  
Local e Data

Cláudio Silva de Jesus  
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS  
05/08/2018

Maria Goreteide F. Nobre  
Corretora de Seguros Líder  
02870014257800001-05

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO EVANGELISTA MARTINS,  
RG nº 9008597983-4 data de expedição 06/08/13.  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 601313497-9, com  
domicílio na cidade de Meruoca, no Estado de  
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sto. Panulo, nº 195,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Genildo Alves Martins cujo o condutor era  
Genildo Alves Martins  
Veículo: Motorcycle  
Modelo: Honda XR/150 BR05 ES  
Ano: 2012-2013  
Placa: 096-0959  
Chassi: 9E2KDD550AR300475  
Data do Acidente:  
Local e Data: Sobral 27/Julho-2018

João Evangelista Martins  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO ABRILDA - 3º OFÍCIO NOTAS, PROTESTOS E REGISTROS RUA FLORIANO PEIXOTO, 116 SOBRAL-CE (88) 3611.1545	Reconheço a(s) firma(s) de <u>João Evangelista Martins</u>
	( ) por semelhança (x) por autenticidade. Dou fé
	27 JUL. 2018 Sobral - CE
	Em Testemunho da verdade: <input type="checkbox"/> Ana Paula Carvalho Arruda Ceta - Titular <input checked="" type="checkbox"/> Luciana Carvalho de Arruda Linhares - Subst. <input type="checkbox"/> Mª da Conceição Rodrigues - Esc

RECEBEMOS

05 AGO 2018

Maria Geineide F. Nohre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ nº 167.720/0901-00

92958979

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

### Informações do Paciente:

Nº ACOHIMENTO: 30723 | 15:01:20 12/19/2017

etiqueta atendimento:

Aten: 4732333 Dt. Atendes: 12/01/2017 - 15:11

Req.: 12/01/2017 Dt. Masc: 03/09/2002

Nome: GERALDO ALVES MARTINS

Sex.: MASCULINO

DISTRITO: MERUCA-CE: CEP: 62130000

### Descrição da História Prévia do Atendimento:

paciente 14 anos vítima de acidente de moto sem capacete refere dor no punho d

### Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, Xelva Barida Alves Barbalho, ( ) Paciente (X) Responsável  
(Grau de Parentesco)  Mãe , RG Nº \_\_\_\_\_, declaro  
que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde ( não - urgente ) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.


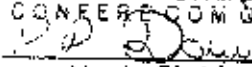
2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Xelva Barida Alves Barbalho

Assinatura do Paciente ou Responsável

 Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
  
 Maria Cleide da Silva  
 GERENTE

TRAUMATOLOGIA

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Geórgina F. Nobre  
 Coordenadora de Serviço Especial  
 CNP: 07.457.782/0001-05

TIPO DE TRAUMA

- TCE     ABDOMINAL     TORÁCICO     ORTOPÉDICO     POLITRAUMA
- ESPANCAMENTO     VIOLÊNCIA SEXUAL
- PAI     MÃE:     OUTROS     PAI     PADASTRO     DESCONHEC

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

HDA DO MÉDICO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Acidente motor*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Fratura no 2º

Francisco das Chagas Pate  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CPE-358.529-7 (CRM-358529)  
 Ass: Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO     CARDIOLÓGICO     NEUROLÓGICO     OFTALMOLÓGICO
- CIRÚRGICO     TRAUMAT. ORTOPÉDICO     OTORRINO     ODONTOLÓGICO
- TENTATIVA DE SUICÍDIO     OUTROS \_\_\_\_\_

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO
- SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE
- INTERNAÇÃO

- CLÍNICO     CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:     CLÍNICO     CIRÚRGICO
- ALTA
- TRANSFERÊNCIA     HOSPITAL DE ORIGEM     OUTROS

ALTA DO PACIENTE

RECEBEMO

06 AGO 2019

Marie Geacineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros S/A  
 CNPJ: 01.407.760/0001-05

 Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
*P.P. D...*  
 Maria Cleide da Silva  
 COORDENADORA



REGISTRO MÉDICO - Ambulatório

Genaltes Alves Pereira

ATESTADO DE VÍCIOS

o Sr. Genaltes Alves Pereira, nascido em Sobral, Ceará, em 12/02/17, que foi atendido neste consultório com fratura no

ombro direito, a qual se encontra em fase de consolidação, e

devido a isso, não pode exercer atividades físicas pesadas e trabalhos manuais.

Recomenda-se o uso de analgésicos e anti-inflamatórios para controle da dor e redução da inflamação.

Sobral, 04/09/18

RECEBEMOS  
04/09/18

Maria Georgette F. Nogueira  
Coordenadora de Registro Médico  
CNPJ nº 07.816.313/0001-09

Dr. Francisco das Chagas Pereira  
Ortopedista





# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL



Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

## RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Genaltes Alves Martins

ATESTADO ORTÓR.

o vitimo de acidente no dia 02/01/17 quando foi atingido  
nessa ocasião com fratura no  
ombro

devido ao trauma moment  
+ gesso

pt evoluiu em consolidação  
da fratura

depois de 10% de aumento RESEBEMOS

mas sem sintomas

02 OUT 2018

Dr. Francisco das Chagas Pereira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 17.147.763-0/01-03

em 04/09/18

Dr. Francisco das Chagas Pereira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 17.147.763-0/01-03

CÓD. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICACIONAL: 2017275855 - 0      DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

NOME: **GERALDO ALVES MARTINS**

SITUAÇÃO: **JÓÃO EVANGELISTA MARTINS**

**MARGARIDA ALVES BARBALHO**

NOME DO PAI: **MERVOCA - CE**      DATA DE NASCIMENTO: **08/09/2002**

SOCIOLOGIA: **CE**      DATA DE NASCIMENTO: **08/09/2002**

DEPT: MASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 15941 FOLHA: 32V

LIVRO: A 15 - MERVOCA - CE

CPF: 628.784.533-36

VIA      *Assinado*      P: 210

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Guineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Etnraf  
 CAV 03.01.007.0000001-05

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1497650927

Nº de Registro: 34515704105



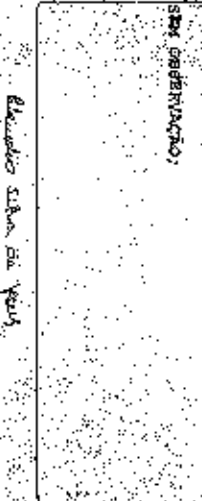
ANTÔNIO MIRÓ DE JESUS

CPF: 006.663.472-50  
Data de Nascimento: 19/07/1979

Nome: ANTONIO MIRO DE JESUS  
Nome da Mãe: IVONEIA JESSA DA SILVA

Data de Emissão: 27/04/2025  
Data de Validade: 15/05/2026

SEX: OBRIGADO;



Blasidelo Silva da Veiga

Local: 9088811, CE  
Data de Validade: 08/05/2018

CPF: 38600790577  
CPF: 08164820821

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1497650927



RECEBEMOS

06 JUN 2018

Maria Geacineide F. Gomes  
Diretor(a) de Registro Eleitoral  
Câmara dos Deputados  
Brasília, DF, 70165-900

Maria Cecileide F. Moine  
Coordenadora de Registro Civil  
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL  
Cidade de Fortaleza - CE, 05.000.1-08

06 AGO 2018

RECEBEMOS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL	2006597983 - 4	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/08/2018
NOME	JOÃO EVANGELISTA MARTINS		
RELIGIÃO	JOSÉ MARTINS DE AMORIM		
	RAIMUNDA MARTINS DE AMORIM		
NATURALIDADE	NERUOCA - CE	DATA DE NASCIMENTO	05/05/1959
DOL. ORIGINAL	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFICIO TERMO: 12049 FOLHA: 684		
	LIVRO: A-03 NERUOCA - CE		
	CPF: 601.313.497-91		
ASSINATURA DO DIRETOR		P. 1	
1.31 N.º 7.118 DE 25.6.85			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE BIOMÉTRIA

Polgar Direito

*João Evangelista Martins*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360594

**Cidade:** Meruoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GERALDO ALVES MARTINS

**Data do acidente:** 12/01/2017

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM ATUAIS (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECEBEMOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

06 AÇO 2018

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 01.487.736/0001-06

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Alves Martins  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: solteiro  
Identidade: 507275855-0  
CPF: 62878453336  
Profissão: EXMIDANTE  
Endereço: DTA. POMMUNY - MURUNHO - PE  
CEP: 62530000  
Telefone: (88) 99449-5548

OUTORGADO:

Nome: Yvonne Silva de Jesus  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 0204335049  
CPF: 00865347550  
Profissão: ADMINISTRADOR  
Endereço: AV. Padre FOL S.º de São José de Aracaju - 2993  
CEP: 63040370  
Telefone: (88) 99449 5548

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 LÍDER 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a última: Geraldo Alves Martins



Sedrol, 06/07/2018  
Local e data

Geraldo Alves Martins  
Assinatura do OUTORGANTE  
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

reconheço a(s) firma(s) de João Evangelista Martins  
(x) Por autenticidade ( ) por semelhança. Dou fe  
Em testemunho [assinatura] da verdade  
Massapé-CE, 26 de 07 de 2018.  
Inês de M. Vasconcelos Lima - Titular  
( ) Silvia Helena Vasconcelos - Substituta  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
Inês de Maria G. Vasconcelos Lima  
Tabelã e Oficiala do Registro  
Massapé - Ceará

João Evangelista Martins

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285660/18

**Número do Sinistro:** 3180360594

**Vítima:** GERALDO ALVES MARTINS

**CPF:** 628.784.533-36

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GERALDO ALVES MARTINS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018  
Nome: CLAUDIO SILVA DE JESUS  
CPF: 008.663.475-50

\_\_\_\_\_  
CLAUDIO SILVA DE JESUS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

\_\_\_\_\_  
MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360594

**Cidade:** Meruoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GERALDO ALVES MARTINS

**Data do acidente:** 12/01/2017

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, CRM 6011, EM 04/09/2018.

## 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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285660/18

**Número do Sinistro:** 3180360594

**Vítima:** GERALDO ALVES MARTINS

**CPF:** 628.784.533-36

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GERALDO ALVES  
MARTINS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018  
Nome: CLAUDIO SILVA DE JESUS  
CPF: 008.663.475-50

\_\_\_\_\_  
CLAUDIO SILVA DE JESUS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018  
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 782.049.173-68

\_\_\_\_\_  
MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360594

**Cidade:** Meruoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GERALDO ALVES MARTINS

**Data do acidente:** 12/01/2017

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, CRM 6011, EM 04/09/2018.

## 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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Karla Souza*

---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO ALVES MARTINS**

Nº Sinistro: **3180360594**  
Vitima: **GERALDO ALVES MARTINS**  
Data do Acidente: **12/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CLAUDIO SILVA DE JESUS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180360594**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13205582



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES MARTINS  
Nº Sinistro: 3180360594  
Vitima: GERALDO ALVES MARTINS  
Data do Acidente: 12/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CLAUDIO SILVA DE JESUS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180360594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES MARTINS  
Nº Sinistro: 3180360594  
Vitima: GERALDO ALVES MARTINS  
Data do Acidente: 12/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CLAUDIO SILVA DE JESUS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180360594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o **Incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:  CPF da vítima: 69278453336 Nome completo da vítima: Georgio Alves Martins

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: <u>Georgio Alves Martins</u>		CPF titular da conta: <u>69278453336</u>		Profissão: <u>Estudante</u>
Endereço: <u>Av. Comandante</u>		Número: <u>125</u>	Complemento: <u>caso</u>	
Bairro: <u>OTO. Comandante</u>	Cidade: <u>Meruge</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>02130000</u>	
E-mail: <input type="text"/>		Telefone (DDD): <u>099359-5548</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

**CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO** Nome:  NR:

**AGÊNCIA** NR:  DV:  **CONTA** NR:  DV:

**AGÊNCIA** NR: 458 DV:  **CONTA** NR: 45807 DV: 6

(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Georgio Alves Martins de Meruge de 2018  
Local e Data

RECEBEMO

06 AGO 2018

Maria Geineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eire  
CNPJ: 21.407.735/0001-06

Georgio Alves Martins  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Georgio Alves Martins  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Georgio Alves Martins



**Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Poupanca

Data: 28/07/2018 Terw: 069724 N.Trans: Hora: 11:16  
Valor: 4754

Favorecido:  
Banco: 237  
Agencia: 0458 / SOBRAL -ETG  
Conta: 0046207-6

Titular 1: GERALDO ALVES MARTINS

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado perante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco,  
Sem talao de cheques em seguimento.  
Sem esperar pelo correio.

**RECEBEMOS**

06 AGO 2018

Maria Geineide F. Nobre  
Chefe de Departamento  
CNPJ 06.917.057/0001-00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 940 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 11:09:05**  
 Data / Hora da Ocorrência: **19/01/2017 09:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA**  
 Complemento:  
 Bairro: Município: **MERUOCA/CE**  
 Ponto de Referência: **PERTO DO COLEGIO**

*D.B. no labor 12/01/17  
 Agendo ao B.O. →*

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GERALDO ALVES MARTINS**  
 Nascimento: **08/09/2002** CPF: **628.784.533-36**  
 RG: **2017275855-0** Orgão Emissor: **SSP**  
 Filiação: **MARGARIDA ALVES BARBALHO**  
**JOAO EVANGELISTA MARTINS**  
 Endereço: **TRAVESSA ANTONIO VITAL DE SOUSA, 125**  
 Bairro: **SITIO CAMILOS**  
 Município: **MERUOCA/CE**  
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9420-4204**

**RECEBEMOS**  
 UF: **CE**  
 06/07/2018

Marie Geceide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 07.487.738/0001-35  
 CEP:

**Noticiante(s)**

Nome: **JOAO EVANGELISTA MARTINS**  
 Nascimento: **05/05/1959** CPF: **601.313.497-91**  
 RG: **2008597983-4** Orgão Emissor: **SSP**  
 Filiação: **RAIMUNDA MARTINS DE AMORIM**  
**JOSE MARTINS DE AMORIM**  
 Endereço: **TRAVESSA ANTONIO VITAL DE SOUSA, 125**  
 Bairro: **SITIO CAMILOS** CEP:  
 Município: **MERUOCA/CE**  
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9295-9979**

UF: **CE**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORT0959** Uf: **CE** Município: **MERUOCA** Chassi:  
**9C2KD0550DR300475** Renavam: **497236346** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
 Cor: **VERDE** Proprietário: **JOAO EVANGELISTA MARTINS** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Que a vítima é menor de idade e veio a delegacia acompanhado de seu pai, o Sr. João Evangelista Martins; Que a vítima estava sozinha de moto indo do Colégio José Barbalho para casa quando caiu em um buraco pois estava correndo de dois cães; Que a vítima perdeu o controle da moto vindo a cair ao chão; Que a vítima estava na moto de seu pai; Que a vítima foi levado de ambulância para o hospital de Meruoca e, no mesmo dia, foi transferido para Santa Casa; Que a vítima quebrou o braço direito; Que a vítima ficou com o braço engessado por durante três meses; Que este BO é para fim de recebimento de seguro DPVAT.

X Gerardo Alves Martins

*João Evangelista Martins*

*Pol. 0235600112  
 3180-263594*

*CDT  
 MT*



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 940 / 2018**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE**

*Sâmia Cavalcante Vasconcelos*  
 Escrivã de Polícia Civil  
 Mat. 301.126-1-X

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *Sâmia Cavalcante Vasconcelos*  
**SÂMIA CAVALCANTE VASCONCELOS - MAT.: 3011261X**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *Alysson Keynes Almeida de Farias*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_  
**ALYSSON KEYNES ALMEIDA DE FARIAS - MAT.: 30122305**

X *Caraloto ABRAO MARTINS*

**RECEBEMOS**

**06 AGO 2018**

*Maria Geacineide F. Nobre*  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 07.427.730/0001-06



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE



**TERMO DE REINQUIRÇÃO DA TESTEMUNHA JOAO EVANGELISTA MARTINS**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 940 / 2018**

Aos 31 de julho de 2018 , nesta cidade de MASSAPE, Estado do Ceará, onde pela(s) 10:58 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). ALYSSON KEYNES ALMEIDA DE FARIAS, DELEGADO(A), comigo SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório JOAO EVANGELISTA MARTINS, CPF: 601.313.497-91, nacionalidade BRASIL, CASADO(A), ENSINO FUNDAMENTAL, PINTOR filho(a) de JOSE MARTINS DE AMORIM e RAIMUNDA MARTINS DE AMORIM, nascido(a) em 05/05/1959, natural de MERUOCA/CE, residente à TRAVESSA ANTONIO VITAL DE SOUSA, 125, SÍTIO CAMILOS - MERUOCA/CE, telefone: (88) 9295-9979. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE QUE: Veio a esta Delegacia a fim de retificar o referido B.O para fazer constar que a data do acidente foi dia 12/01/2017. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme vai devidamente assinado por todos e por mim SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A):

DEPOENTE:

ESCRIVÃ(O):

\_\_\_\_\_  
*João Evangelista Martins*  
\_\_\_\_\_  
*Samia Vasconcelos*

*Samia Cavalcante Vasconcelos*  
Escrivã de Polícia Civil  
Mat. 301.126-1-X

*R. Gerardo Alves Moreira*

**RECEBEMOS**

06 AGO 2018

*Maria Geórgina F. Nobre*  
Corretora do Sistema Eireli  
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Genildo Alves Martins</i>	CPF da Vítima <i>69872453336</i>	Data do Acidente
---	-------------------------------------	------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>21 449 5548</i>

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**RECEBEMOS**

06 AGO 2018

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.733/0001-06

*Sebrae* 29 de *Julho* de *2018*  
Local e Data

*Genildo Alves Martins*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*João Carlos de Jesus*