

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180474928**

Vitima: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Data do Acidente: **01/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474928**.

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 13471222



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Sinistro: **3180474928**

Vítima: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Data do Acidente: **01/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180474928** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma cranioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico, conforme documentos de pronto atendimento do dia 01/04/2018 e tomografia do dia 02/04/2018. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos conservador e medicamentoso. Considerando a evolução clínica da fratura de mandíbula decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração da função mastigatória. Com relação ao traumatismo cranioencefálico, após a realização de tratamento medicamentoso, o periciado apresentou quadro resolutivo. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a fratura de mandíbula consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau residual, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O periciado apresenta exame de raios-x do crânio do dia 01/04/2018, do qual informa uma fratura de mandíbula.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

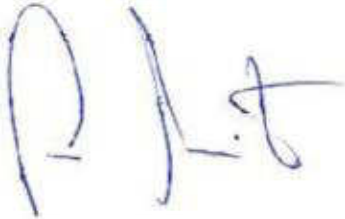
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3180474928

Nome do(a) Examinado(a): Antonio Cleiton Gomes De Sousa

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Lucia Saboia, 84, Sobral/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: RG / SSP / CE / 99031031594.

Data e local do acidente: 01/04/2018, Morrinhos/CE

Data e local do exame: 30/10/2018, Sobral/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico.

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

Conforme será verificado no exame físico, após a realização dos tratamentos conservador e medicamentoso, sendo apurada a existência de sequela permanente na estrutura craniofacial, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma cranioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

☒ Sim ☐ Não.

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

[Lesões de estruturas craniofaciais, com prejuízo não compensável da função mastigatória.](#)

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”.
Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): [Estrutura craniofacial - N/A - RESIDUAL- 10%](#)

% do dano:

(☒) 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal. [Conforme referido no exame físico, não foi constatada lesão neurológica.](#)


André de Oliveira Leal
CRM 16566
Assinatura e carimbo do médico

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

937.459.743-87

Nome completo da vítima

Antonio Cliton Azevedo de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio Cliton Azevedo de Sousa	937.459.743-87	Antônio
Endereço	Número	Complemento
Av. Lúcia Salveira	84	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Goianópolis	Goias
Email	CEP	Telefone (DDD)
	62.010.830	(62) 99605.0011

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		BANCO: _____ NED: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA: _____ D/V: _____	
AGÊNCIA: 0554 (Informar dígito se existir)	CONTA: 292041 (Informar dígito se existir)	CONTA: _____ (Informar dígito se existir)	D/V: _____ (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.

LIBIA CORRETORA DE SFC

09 OUT. 2018

Local e Data

ASS:

Antonio Cliton Azevedo de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.

UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. Nº 545/2018

Data Reg.: 03/08/2018

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO – LESÃO CORPORAL

NOTICIANTE

Nome: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**, brasileiro, Solteiro, Marceneiro, natural de Santa Quitéria/CE, nascido aos 22/07/1982, filho de Manuel Gomes de Sousa e Maria Gomes de Sousa, residente na Avenida Lucia Saboia, Nº 84 - Centro, Sobral/CE. Portador do RG Nº 99031031594-SSP-CE, CPF Nº 937.459.743-87

HISTÓRICO:

Compareceu na sede desta Unidade Policial de Morrinhos/CE o senhor **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**, o qual informou que no dia 1º do mês de Abril do ano de 2018, por volta das 04:00 horas, se encontrava trafegando na pista de rolamento nas proximidade de Jaibaras, Sobral/CE, pilotando a motocicleta de marca **HONDA/CG 150 FAN ESI**, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 2011/2011, placa **OCT1382/CE**, chassi Nº **9C2KC1670BR570584**, registrada em nome de José Marcio Ramos de Araújo, ocasião em que acabou batendo a moto em um homem desconhecido que havia descido de súbito do banco de passageiro de um veículo com característica e placas não anotadas que teria parado a sua frente não dando tempo sequer do noticiante frear a moto para evitar o acidente e que em consequência disso o noticiante perdeu o controle do guidom do veículo automotor vindo a cair ao solo, tendo o mesmo sofrido lesões corporais se encontrado prejudicado. Que o noticiante foi socorrido através do SAMU até a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE onde recebeu o atendimento médico necessário. Que o noticiante foi cientificado que prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que Nada mais tem a declarar

Escrivão: **Lauro Florentino Silva**
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097.059-1-0

Responsável/Reg.: *Antonio Cleiton Gomes de Sousa*

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 OUT. 2018

ASS.

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAMU SOBRAL

AR C 23

DATA 06/09/2018 C 24/12 C 29/04/15 C 22/05/06

ENDEREÇO Rua - Centro da União

REFERÊNCIA 4 SEXO 5 IDADE 6 BAIRRO

7 NOME

9. C. CLÍNICAS

9.1 Dor intensa 9.2 Dispneia 9.3 Mal súbito 9.4 Convulsão 9.5 AVC 9.6 Vômitos 9.7 Hipertermia 9.8 Outros

10. C. OBSTETRICAS

10.1 Anomalia 10.2 STV 10.3 Parto 10.4 Complic. Pré Parto 10.5 Outras

11. C. PSIQUIÁTRICAS

11.1 Delírio 11.2 Transfêrencias

B - RESPIRAÇÃO/VENTILAÇÃO

☒ Normal ☐ Dispneia ☐ Desviada ☐ Assimétrico

C - CIRCULAÇÃO

Pele e Mucosas ☐ Rosada ☐ Palida ☐ Seca ☐ Ictérica ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Ausente ☐ Irregular

Pulso ☐ Normal ☐ Filiforme ☐ Sangramento Externo ☐ Sim ☒ Não

P. Arterial 120/80

14. ESCALA DE GLASGOW

A - ABERTURA OCULAR

4 Espontânea 3 A voz 2 A dor 1 Ausente

B - RESPOSTA VERBAL

5 Orientado 4 Confuso 3 Palavras inapropriadas 2 Sons Incoerentes 1 Ausente

C - RESPOSTA MOTORA

6 Obedece e Comanda Verbal 5 Localiza a Dor 4 Flexão a Dor 3 Flexão Anormal - Desobediência 2 Extensão Anormal - Desobediência 1 Ausente

TOTAL: A + B + C = 10

15. REAÇÃO PUPILAR

2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. ESCALA DE TRAUMA

4 10 a 29 3 76 a 89 2 50 a 75 1 1 a 49 0 0

17. PRINCIPAIS LESÕES

☒ Laceração ☐ Deformidade ☐ Edema ☐ Abrasão ☐ Fratura Aberta ☐ Amputação ☐ Hematoma ☐ Avulsão ☐ Contusão ☐ FAF ☐ FAS ☐ Dor ☐ Queimadura

18. OBSERVAÇÕES

23. OBS. 1 24. DESTINO 1 25. CLIENTE ACOMPANHADO

26. OBSERVAÇÕES

27. ASSINATURA DO AGUARDANTE / FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO CLIENTE NO HOSPITAL

28. SINAIS VITAIS / QUEIXAS

1 Hipertensão 2 Hipotensão 3 Aritmia 4 Bradicardia 5 Hipotermia 6 Hipertermia 7 Taquicardia 8 Bradipneia 9 Hipoxemia 10 Hipoxia 11 Hipocapnia 12 Hipercapnia 13 Náusea / Vômitos 14 Pupila Foto Reagente 15 Pupila Miotica 16 Pupila Midriática 17 Pupila Anisocórica 18 Dor 19 Hálito fétido

19. PROCEDIMENTO REALIZADO

1 Ateriotomia 2 Oxigenoterapia 3 Cardiorresuscitação 4 Cateterismo Nasogástrico 5 Cateterismo Vesical 6 Colocação de cânula Orolingual (Guedel) 7 Curativo Simples 8 Desobstrução das Vias Aéreas 9 Aspiração Oxi / Naso Traqueal 10 Manobra de Heimlich 11 Manobra de Jaw Thrust 12 Desfibrilação 13 Eletrocardiograma (ECG) 14 Glicemia 15 Alergia 16 Medicamentos 17 Doenças 18 Última Refeição

20. HISTÓRIA "AMPLA"

1 Alergia 2 Doenças 3 Última Refeição

21. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

1 2 3 4

22. SOLUÇÕES INFUNDIDAS

1. Solução 2. Volume

1.1 1.2 1.3 1.4 1.5

23. OBS. 1 24. DESTINO 1 25. CLIENTE ACOMPANHADO

26. OBSERVAÇÕES

27. ASSINATURA DO AGUARDANTE / FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO CLIENTE NO HOSPITAL

28. SINAIS VITAIS / QUEIXAS

3722316-2
 N.º do Cliente: 3722316-2
 Data da Emissão: 14/06/2018
 N.º da Nova Fatura: 529169601
 N.º de Contador: 0093772316-00107 32172 15
 Total a Pagar (R\$): 52,10
 Referência: Jun/2018
 0093772316-00107 32172 15
 529169601-0 5210001000-4 0003772316-0 0003772316-0

LIBIA CORRETOIRA DE SEC. LTDA
 09 OUT. 2018

CONTAS EM ATRASO

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSAO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo suas concessões pelo consumo de energia elétrica:
 Condição ecológica (tCO₂)
 Emissão (kg CO₂)
 Consumo (kWh)

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO

VENCIMENTO 05/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 52,10

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

11,0
12,9
12,4
10,4
11,1
12,9
12,4
12,6
11,9
12,2
12,7
14,1
9,1

Emissão de CO₂ no mês

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) N.º 529169601
 Data da Emissão: 14/06/2018

CLIENTE 3722316-2

Nome: LUCIA RODRIGUES FERREIRA
End. Postal: AV LUCIA SABOIA 00064
CENTRO - SOBRAL - 62010330
Medidor: 429007
Classe: 01-RESIDENCIAL 07-BX
RG / CPF / CNPJ: 015706023-04

Norma de Responsável:
 RG / CPF / CNPJ: 015706023-04

DATA
 Referência: 14/06/2018
 Data da Apresentação: 17/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS	Valor da Proposta	Alíquota
14,45	14,45	100%

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Valor a Segunda no Vencido Data Conto

INFORMACOES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leia: Atual • Lei: Anterior • Condição: Consumo (kWh) • Condição: Condição Falt • Tarifa (R\$/kWh) • Valor (R\$)

VALOR (R\$)

36,31
0,60
0,18
0,05
13,37
0,04

ADICIONAL BANCARIA VENCIMENTO MES (R\$ 2,03)

VALOR TOTAL A PAGAR (R\$) 52,10

Comunidade Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60125-040 | Fortaleza CE
0822510001-70 | CCE 06.105.849-2

Para acessar seu estabelecimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta carta.

Conjunto	SOCIAL I	
Mes	Jun/2018	USD 9.80

1. Padrón Individual

	Factual Information			Factual Information		
	Month	Trim.	Annual	Month	Trim.	Annual
DIC	5.07	10.15	20.38	0.00	0.96	0.00
FIC	3.23	6.47	12.95	0.00	1.00	0.00
DMIC	2.85			0.00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atuel	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
ED	6646	6505	1.00	41	8.00	-41	14.77260	21.60

0000	0001	0002	0003	0004	0005	0006	0007	0008	0009	0010	0011	0012	0013	0014	0015	0016	0017	0018	0019	0020	0021	0022	0023	0024	0025	0026	0027	0028	0029	0030	0031	0032	0033	0034	0035	0036	0037	0038	0039	0040	0041	0042	0043	0044	0045	0046	0047	0048	0049	0050	0051	0052	0053	0054	0055	0056	0057	0058	0059	0060	0061	0062	0063	0064	0065	0066	0067	0068	0069	0070	0071	0072	0073	0074	0075	0076	0077	0078	0079	0080	0081	0082	0083	0084	0085	0086	0087	0088	0089	0090	0091	0092	0093	0094	0095	0096	0097	0098	0099
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

21/02/18	19/07/18	33 DIAS	41	31.6	VALOR (R\$)
DESCRIÇÃO					

VALOR CONSUMO DO MES	31,68
MULTA MORATORIA REF 07/2018	0,68

MULTA MORATORIA REF 0776210	0,45
JUROS DO MES	13,69
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,91)

ENCLOSURE
proceeds

VENCIMENTO	28/08/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	46,50
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,16
Transmissão	1,39
Distribuição	6,93
Encargos Setoriais	1,86
Tributos (IMPOSTOS E TAXAS)...	9,45
TOTAL	31,58

HISTÓRICO DE CONSUMO | última T2 aberta

47
41
42
41
41
48
50
34
42
53
53
59
61

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg (CO ₂)	Compensada kg (CO ₂)	Condição Ecológica (% CO ₂)
16,01	0,00	0

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
do dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT. 2018

Consta desta fatura R\$ 0,68 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,30%

Estamos em Bandeira vermelha número 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (milowatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente:	2712224	Referência:	Ago/2018
Data de Emissão:	21/08/2018	Total a Pagar (R\$):	46,50
Nº da Nota Fiscal:	538134757	Nº de Controle:	0002712224 00178 39782 73

000000000-5 46500231003-0 00077127740-9 01783978275-0

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Lelio Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 294.193.913-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Cleiton Gomes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 937.459.743-87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antonio Cleiton Gomes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 937.459.743-87, 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 Rui Alvares</u>		Número <u>665</u>	Complemento _____
Bairro <u>Vila do Asto</u>	Cidade <u>Sobradinho</u>	Estado <u>Maranhão</u>	CEP <u>66202-370</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(93) 99605-0011</u>		Telefone celular (DDD) <u>(93) 99477-4532</u>	

Sobradinho, 05 de outubro de 2018
Local e Data

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA
09 OUT. 2018

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Maurício Ramos de Azevedo,
RG nº 2002.031.029.190, data de expedição 06/05/02,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 609.105.923-55, com
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Alcides Paulo Vasconcelos, nº 162,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio Cliton Gomes de Souza, cujo o condutor era
Antonio Cliton Gomes de Souza

Veículo: Motociclo
Modelo: Honda CG 150 Fan
Ano: 2011
Placa: OCT 1392
Chassi: 9C2KC1670B2 570584
Data do Acidente: 01/04/2018
Local e Data: Sobral 13/08/2018

João Maurício Ramos de Azevedo
Assinatura do Declarante

Antonio Cliton G. Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço (a) Firmas(s) de Antonio Cliton Gomes de Souza

☒ Por autenticidade () por semelhança, Dou Fé.
do Testemunho da verdade.

13 AGO. 2018 Sobral - CE

ANTÔNIO NAURÍCIO DE CARVALHO - TABELIAO
THALES GUIMARÃES DE CARVALHO - SUBSTITUTO
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.
RAIMUNDO NONATO ALVES - ESC. SUBST.
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.
MARIA DE FÁTIMA LIMA DO NASCIMENTO - ESC. AUT.
VALIDA(S) SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheço (a) Firmas(s) de João Maurício Ramos de Azevedo

☒ Por autenticidade () por semelhança, Dou Fé.
do Testemunho da verdade.

13 AGO. 2018 Sobral - CE

ANTÔNIO NAURÍCIO DE CARVALHO - TABELIAO
THALES GUIMARÃES DE CARVALHO - SUBSTITUTO
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.
RAIMUNDO NONATO ALVES - ESC. SUBST.
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.
MARIA DE FÁTIMA LIMA DO NASCIMENTO - ESC. AUT.
VALIDA(S) SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 OUT 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. ELS
09 OUT. 2018

vitima

Nome
ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA
Número
937.459.743-87
Nascimento
22/07/1982



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Emittido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 13:11:00 do dia 04/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
FE04.B93D.F52B.5DCE

ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA DE TRÂNSITO

ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA
30/4/1999

MANUEL GOMES DE SOUSA E MARIA GOMES DE SOUSA

SANTA QUITERIA-CE
22/7/1982

DATA DE NASCIMENTO
DO DOCUMENTO CERT. NASC. 16036 L A14 F

SANTA QUITERIA-CE

CE

NOME
CELIO GEOVANI MARQUES LINO

DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR UF
068109 M76 CE

CPF
284.193.913-87 DATA NASCIMENTO
15/04/1967

FILIAÇÃO
JOSE LINO BARBOSA
FRANCISCA VALDENIR
MARQUES LINO

PREMIADO ACC CATAR

Nº REGISTRO
0474832 VALIDADE 15/03/1986

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO FORTIFICO

LOCAL
SOBRAL, CE DATA EMISSÃO
15/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 92681871024
CE164058109

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1497615130

PROIBIDO PLASTIFICAR 1497615130

PROCURADIA DO PROCESSO!

LIBIA CORRETORA DE SEG. TOU.
09 OUT. 2018

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTD.
09 OUT. 2018

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 01054665052

VIA 01 00369215-16
COD. RENAVAM 1
ENTRADA 0000000000
EXERCÍCIO 2013

JOSE MARCIO RAMOS DE ARAUJO
NOME
0000000000

SOBRAL
CPF/CNPJ 60810592355

PLACA ANE/UF 0CT132/CE
CHASSI PC2KTL570B90584

PATAMOTECIL D'ALCANTARA
CONSTRUTIVEL ALCANTARA

HONDA/CG 150 FAN RSI
CAP / POT / CIL 2P / 0CV / 149CC

CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENO. COTA UNICA
VENO. COTA UNICA

VENO. COTA UNICA
VENO. COTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS
1º 2º 3º

PREMIO TRANSF. (R\$)
PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
04/08/2013

LOCAL
04/08/2013

DETRAN - CE
DETRAN - CE



Registro N. **761062 / 2018**

Digitacao: 11/09/2018 (MARIA.GLEISE)
Livro: 10 Pagina:148

Enviar para **PARTE INTERESSADA**

EXAME SEGURO DPVAT

Em 4 de setembro de 2018, nesta cidade de Sobral, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

FERNANDA NOBRE MOURA LEAL

CREMEC Nº: 10444

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº / , emitida pelo (a) **PARTE INTERESSADA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às **15:40h de 04/09/2018** passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando teria sofrido acidente de trânsito no dia 1º de abril de 2018.

Apresenta prontuário médico da Santa Casa de Sobral onde consta que estaria com rebaixamento do nível de consciência e equimose periorbital à direita.

A tomografia de crânio mostrou fratura de ossos da face.

AO EXAME: Periciando com andar lento, algo confuso, responde pouco as perguntas. Apresenta edema de pé direito.

Refere vertigens e cefaleia importante.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexos causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

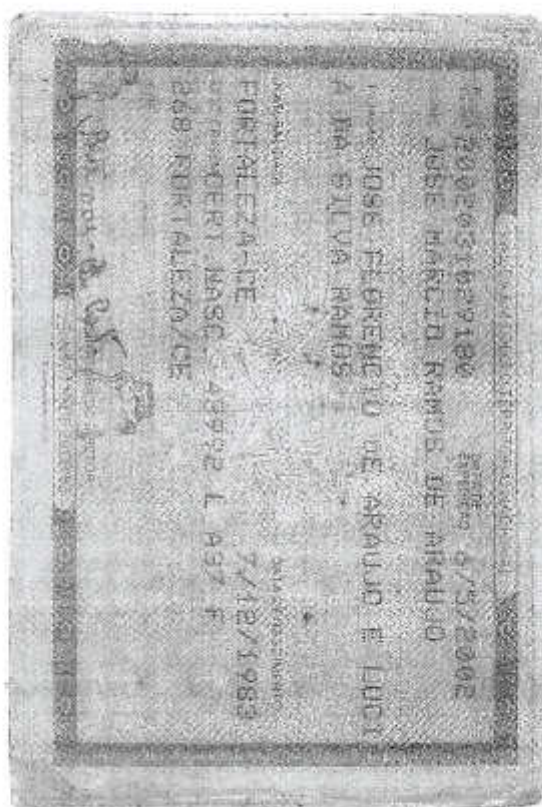
Sequela parcial incompleta de repercussão intensa, com déficit de marcha.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

FERNANDA NOBRE MOURA LEAL
CREMEC Nº: 10444



Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço: dpvat.perfoc.ce.gov.br e informe o código e1d92de08he56fd



MA JANE 15. NO 22

MOTV

LIBIA CORRETORA DE SEG TOA.

09 OUT. 2018

ASS:



PROPOSTA Nº 17020

LIBIA CORRETORA DE SEC
09 OUT. 2018

ASS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
TRAUMA CONTUSO COM FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
TRAUMA CONTUSO COM FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma cranioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico, conforme documentos de pronto atendimento do dia 01/04/2018 e tomografia do dia 02/04/2018. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos conservador e medicamentoso. Considerando a evolução clínica da fratura de mandíbula decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração da função mastigatória. Com relação ao traumatismo cranioencefálico, após a realização de tratamento medicamentoso, o periciado apresentou quadro resolutivo. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a fratura de mandíbula consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau residual, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O periciado apresenta exame de raios-x do crânio do dia 01/04/2018, do qual informa uma fratura de mandíbula.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

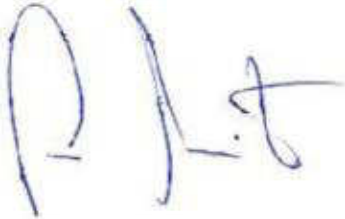
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação têmporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma cranioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura de mandíbula e traumatismo cranioencefálico, conforme documentos de pronto atendimento do dia 01/04/2018 e tomografia do dia 02/04/2018. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos conservador e medicamentoso. Considerando a evolução clínica da fratura de mandíbula decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração da função mastigatória. Com relação ao traumatismo cranioencefálico, após a realização de tratamento medicamentoso, o periciado apresentou quadro resolutivo. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a fratura de mandíbula consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau residual, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O periciado apresenta exame de raios-x do crânio do dia 01/04/2018, do qual informa uma fratura de mandíbula.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

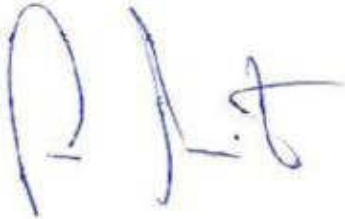
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antonio Claiton Gomes de Souza, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Autônomo, CI RG nº
9903103159-4, CPF/MF nº 937.459.743-87, residente e domiciliado(a)
à Rua Av. Kocia Salvia, 84, Centro, Cidade de
Sobral, Estado Ceará, CEP:
62.010.830, telefone (88) 99605-0011 / (88) 99477-4532.

OUTORGADO: Helio Aroldi Marques Lima
CPF sob o nº 284.193.913-87, e
RG sob o número 88399885 com endereço cito à
Rua Rui Ribeiro, 665, Alto do Asto, na cidade de
Sobral, Estado do Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Reconheça a(s) firma(s) de Antonio Claiton Gomes de Souza

☒ Per autenticidade () por semelhança. Dou Fé.
Em Testemunho

13 AGO. 2018 Sobral - CE

ANTÔNIO NAURÍCIO - CARVALHO - TABELIAO
THALES GUIMARÃES D. CARVALHO - SUBSTITUTO
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.
RAIMUNDO MONATO ALVES - ESC. SUBST.
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.
MARIANE FATIMA LIMA DO NASCIMENTO - ESC. AUT.

VALIDADE: SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

Sobral, 13 de Agosto de 2018.

LIBIA CORRETORA DE SEG. ITDA
09 OUT. 2018

Antonio Claiton G. Souza
OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370291/18

Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA

CPF: 937.459.743-87

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO CLEITON
GOMES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CELIO GEOVANI MARQUES LINO : 284.193.913-87

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

ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA : 937.459.743-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 09/10/2018
Nome: CELIO GEOVANI MARQUES LINO
CPF: 284.193.913-87

CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA