



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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro  
Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WJUA.19.00111431-8** em **12/07/2019 10:34:24**.

### Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabipompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Juazeiro do Norte  
**Processo** : 0006174-74.2019.8.06.0112  
**Protocolo** : WJUA.19.00111431-8  
**Tipo da petição** : Petições Intermediárias Diversas  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 12/07/2019 10:34:24

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2615237\_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS\_01.PDF - 1-2.pdf  
**Documentação** : Protocolo de Entrega de Documentos - 1-12.pdf  
**Documentação** : Protocolo de Entrega de Documentos - 13-20.pdf  
**Documentação** : Protocolo de Entrega de Documentos - 21-31.pdf  
**Documentação** : Protocolo de Entrega de Documentos - 32-36.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**Processo:** 00061747420198060112

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT***, que lhe promove **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JUAZEIRO DO NORTE, 11 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**



---

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180496553

**Vitima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Data do Acidente:** 25/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180496553**.

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**



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180496553

**Vitima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Data do Acidente:** 25/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CICERO INACIO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180496553**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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](http://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**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

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

Nome completo: *JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA* CPF: *046618153-19*  
 Profissão: *MOTORISTA* Endereço: *ANTONIO DIAS SOBREIRAS* Número: *521* Complemento: *CASA*  
 Bairro: *LIMOEIRO* Cidade: *JUAZEIRO DO NORTE* Estado: *CE* CEP: *63020-110*  
 E-mail: *88)9.9790.8595*

DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: *0433* CONTA: *69830* Dígito: *7*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Interessado  
e/ou  
vítima  
no  
processo  
de  
morte  
ou  
representante  
legal

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

*JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Cicero Inacio do Sita*

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

3º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

*Assinatura*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Procuradoria (se houver)

Assinatura da Corretora de Seguros (se houver)

Assinatura da Agência (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Autoridade Competente (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



Ourocard



VALIDO ATÉ

02/23

5061 1510 5111 3191

elo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS:

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 entre 16 e 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

**3180-496553**

CPF da Vítima

**046.618.153-19**

Nome completo da vítima

**JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<b>JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA</b>	<b>046618153-19</b>	<b>MOTORISTA</b>
Endereço	Número	Complemento
<b>RUA - ANTONIO DIAS SOBREIRA</b>	<b>521</b>	<b>CASA</b>
Bairro	Cidade	Estado
<b>LIMOEIRO</b>	<b>JUazeiro do Norte</b>	<b>Ceará</b>
CEP		
		<b>63020110</b>
Email	Telefone (DDD)	
	<b>88) 9-9787 3195</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

**0433**

D/V

CONTA  
NRO.

**69830**

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

(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 Lider 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.

**Juazeiro do Norte - CE**

Local e Data

**JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 6359 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/06/2018 10:07:50**

Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 01:25:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA 22 DE JULHO**

Complemento:

Bairro: **LIMOEIRO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

Nascimento: **07/01/1991** CPF:

RG: **556369105** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA**

**JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA**

Endereço: **RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA , 521**

Bairro: **LIMOEIRO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9787-3195**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **NUX6023** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:

**9C2HB0210AR106900** Renavam: **212734725** Tipo da Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2010**

Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:

**EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

Comunica que quando trafegava numa Moto Honda Pop 100, de Cor Preta, veio a cair de aludida Moto em razão de ter que desviar de outra Motocicleta que trafegava em sentido contrário, cujo condutor não sabe identificar, o qual conduzia sua moto de maneira imprudente, causando-lhe, em razão do acidente, fratura na clavícula direita e escoriações na região do crânio e nas pernas; QUE foi socorrido por populares e levado para a Unidade de pronto Atendimento ( UPA ), do bairro Limoeiro, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, sendo transferido depois para o Hospital Regional do Cariri, nesta urbe, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

*Danilo Tavares de Medeiros*  
DANILo TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Jasoniel Pereira de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A):

*Juliano Marília Correia da Silva Almeida Lima*  
JULIANO MARILIA CORREIA DA SILVA ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

22 OUT. 2018

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

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

Nome completo: *JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA* CPF: *046618153-19*  
 Profissão: *MOTORISTA* Endereço: *ANTONIO DIAS SOBREIRAS* Número: *521* Complemento: *CASA*  
 Bairro: *LIMOEIRO* Cidade: *JUAZEIRO DO NORTE* Estado: *CE* CEP: *63020-110*  
 E-mail: *88)9.9790.8595*

DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: *0433* CONTA: *69830* Dígito: *7*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Interessado  
e/ou  
vítima  
no  
processo  
de  
morte  
ou  
representante  
legal

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

*JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Cicero Inacio do Sita*

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

3º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

4º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

5º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

6º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

7º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

8º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

9º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

10º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

11º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

12º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

13º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

14º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

15º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

16º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

17º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

18º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

19º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

20º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

21º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

22º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

23º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

24º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

25º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

26º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

27º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

28º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

29º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

30º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

31º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

32º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

33º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

34º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

35º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

36º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

37º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

38º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

39º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

40º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

41º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

42º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

43º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

44º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

45º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

46º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

47º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

48º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

49º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

50º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

51º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

52º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

53º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

54º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

55º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

56º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

57º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

58º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

59º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

60º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

61º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

62º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

63º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

64º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

65º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

66º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

67º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

68º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

69º | Nome: \_\_\_\_\_

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

**Ficha de Atendimento**

Data: 25/12/2017 Data de Saída  
Hora: 01:25 Hora de Saída:

**Paciente**

Nome: 96691 JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Responsável: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
Endereço: ANT. DIAS SOBREIRA, 521, TIMBAÚBA - JUAZEIRO DO

Nasc: 07/01/1991 Idade: 26  
Telefone: (88) 9770-8595 Celular: (88) -  
CEP: 63.020-110 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: Doc. Identidade: 556369105 Guia: Autorização:  
Trabalho: Validade da Carteira: Último Pagto:

**Convênio**

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

ACOMPANHANTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA NAUSEAS, VOMITOS E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA

*ATO DECLARATÓRIO*

**Antecedentes Médicos**
**Exame Físico**

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), ACIANÓTICO(A), AFEBRIL AO TOQUE, NORMOCORADO(A), HIDRATADO(A), EUPNEICO(A), GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. AC: BNF, RR 2T, SS  
AR: MV+, AUSENCIA DE RUIDOS ADVENTÍCIOS  
AA: RHA+, PLANO, DEPRESSIVO, INDOLOR A PALPAÇÃO.

**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**
**CID-10 T07**
**POLITRAUMA**
**Tratamento**

DIPIRONA 500MG 1 AMP IM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

DAVI LEAL LANDIM CRUZ  
CRM: 17716 / CE



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00433-2

CONTA: 000010069830-1

---

Nr. da Autenticação 646BF623645D5A3F

## Nº DO CLIENTE

1345480

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 13.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Matheus, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

539859165

Rota 02 13000 03 275510 - 9 Data de Emissão 04/09/2018  
 Nome LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
 End. Postal RU ANTONIO DIAS SOBREIRA 00521  
 TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63020110  
 Medidor 1430241 Poste 0000 A65W  
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 325461303-15 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês da Referência 04/2018 Data da Apresentação 04/09/2018 Próxima Leitura 04/10/2018

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na versão digital da conta.  
 Conjunto JUAZEIRO DO NORTE  
 Mês JUL/2018 EUS 10,44

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO		DIC 4,35 5,91 19,82 0,00 0,00 0,00						
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC 0,17 6,35 12,70 0,00 0,00 0,00					
			DMIC 2,77 3,00					

150,9304,FEI4,37E4,1636,4872,7183,8113

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual  Leit. Anterior  Const.  Consumo (kWh)  Cons. Ind.  Cons. Fct.  Tarifa (R\$/kWh)  Valor (R\$)

FF	24679	24456	1,66	111	0,00	38	9,117754	9,62
						38	9,324524	22,70
						111	0,401231	5,31

01/05/18	03/05/18	11/11/18	31/11/18	111	33,43
DESCRÍPCAO					VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES					33,43
MULTA MORATORIA REF 08/2018					0,66
JUROS DO MES					0,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA					0,60
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 1/2					3,00
- SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO					38,42
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 3,19 )					

## VENCIMENTO

12/09/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energy	17,25
Brands (SEB)	1,24
Distritais	1,15
Encargos Setoriais	2,15
Tributos (PIS-COFINS)	1,77
TOTAL	34,03

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

124	111	110	112	132	147	144	129	107	117	125	145	110
100	95	90	95	105	115	125	110	95	100	105	120	90

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

Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (iCO<sub>2</sub>)

43,33

0,00

8 1108

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## CONTAS EM ATRASO

**AVISO DE SUSPENÇÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Informamos ao cliente, constante em nossos contratos, que possui débito constante em atraso. Segue o detalhamento do débito. O não pagamento do débito pode levar à impossibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias úteis a partir desta, conforme previsto na Res. NEEC 414/18, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

## DEBITOS ANTERIORES

Mes/ano	Valor (R\$)
08/2018	65,62
Total	65,62

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

ASS:

Nº do Cliente: 1345480 Referência: Total a Pagar (R\$): Set/2018  
 Data de Emissão: 04/09/2018 Nº de Controle: 0,00  
 Nº da Nota Fiscal: 539859165 0001345480 00529 39692 50

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

22 OUT. 2018

LIRIA CORRETORA DE SEGUROS, LTDA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO	
CONSUMO DIVERSIFICADO - EMISSÃO DE CO. (R\$/MWH)	
CONSUMO DIVERSIFICADO - EMISSÃO DE CO. (R\$/MWH)	
INFORMAÇÕES SOBRE O FUTURAMENTO DO CONSUMO	
VALOR CONSUMO DO MÊS	
ICMS COMPLEMENTAR RENDA-COIN CONF 079	
MULTA MORAIS/TRIA REF 08/2018	
JUROS DO MÊS	
DESCRIÇÃO	
123,01	
17/09/2018	
PAGAR (R\$)	
VENCIMENTO	
123,01	
17/09/2018	
HISTÓRICO DE CONSUMO (Fim mês 12/2018)	
146	193
147	164
148	175
149	158
150	152
151	153
152	172
153	165
154	177
155	163
156	161
157	173
158	159
159	174
160	162
161	176
162	160
163	178
164	163
165	179
166	164
167	171
168	170
169	172
170	165
171	173
172	166
173	175
174	167
175	177
176	168
177	179
178	169
179	171
180	172
181	166
182	174
183	167
184	175
185	168
186	176
187	169
188	177
189	170
190	171
191	173
192	175
193	176
194	178
195	179
196	170
197	171
198	172
199	173
200	174
201	175
202	176
203	177
204	178
205	179
206	170
207	171
208	172
209	173
210	174
211	175
212	176
213	177
214	178
215	179
216	170
217	171
218	172
219	173
220	174
221	175
222	176
223	177
224	178
225	179
226	170
227	171
228	172
229	173
230	174
231	175
232	176
233	177
234	178
235	179
236	170
237	171
238	172
239	173
240	174
241	175
242	176
243	177
244	178
245	179
246	170
247	171
248	172
249	173
250	174
251	175
252	176
253	177
254	178
255	179
256	170
257	171
258	172
259	173
260	174
261	175
262	176
263	177
264	178
265	179
266	170
267	171
268	172
269	173
270	174
271	175
272	176
273	177
274	178
275	179
276	170
277	171
278	172
279	173
280	174
281	175
282	176
283	177
284	178
285	179
286	170
287	171
288	172
289	173
290	174
291	175
292	176
293	177
294	178
295	179
296	170
297	171
298	172
299	173
300	174
301	175
302	176
303	177
304	178
305	179
306	170
307	171
308	172
309	173
310	174
311	175
312	176
313	177
314	178
315	179
316	170
317	171
318	172
319	173
320	174
321	175
322	176
323	177
324	178
325	179
326	170
327	171
328	172
329	173
330	174
331	175
332	176
333	177
334	178
335	179
336	170
337	171
338	172
339	173
340	174
341	175
342	176
343	177
344	178
345	179
346	170
347	171
348	172
349	173
350	174
351	175
352	176
353	177
354	178
355	179
356	170
357	171
358	172
359	173
360	174
361	175
362	176
363	177
364	178
365	179
366	170
367	171
368	172
369	173
370	174
371	175
372	176
373	177
374	178
375	179
376	170
377	171
378	172
379	173
380	174
381	175
382	176
383	177
384	178
385	179
386	170
387	171
388	172
389	173
390	174
391	175
392	176
393	177
394	178
395	179
396	170
397	171
398	172
399	173
400	174
401	175
402	176
403	177
404	178
405	179
406	170
407	171
408	172
409	173
410	174
411	175
412	176
413	177
414	178
415	179
416	170
417	171
418	172
419	173
420	174
421	175
422	176
423	177
424	178
425	179
426	170
427	171
428	172
429	173
430	174
431	175
432	176
433	177
434	178
435	179
436	170
437	171
438	172
439	173
440	174
441	175
442	176
443	177
444	178
445	179
446	170
447	171
448	172
449	173
450	174
451	175
452	176
453	177
454	178
455	179
456	170
457	171
458	172
459	173
460	174
461	175
462	176
463	177
464	178
465	179
466	170
467	171
468	172
469	173
470	174
471	175
472	176
473	177
474	178
475	179
476	170
477	171
478	172
479	173
480	174
481	175
482	176
483	177
484	178
485	179
486	170
487	171
488	172
489	173
490	174
491	175
492	176
493	177
494	178
495	179
496	170
497	171
498	172
499	173
500	174
501	175
502	176
503	177
504	178
505	179
506	170
507	171
508	172
509	173
510	174
511	175
512	176
513	177
514	178
515	179
516	170
517	171
518	172
519	173
520	174
521	175
522	176
523	177
524	178
525	179
526	170
527	171
528	172
529	173
530	174
531	175
532	176
533	177
534	178
535	179
536	170
537	171
538	172
539	173
540	174
541	175
542	176
543	177
544	178
545	179
546	170
547	171
548	172
549	173
550	174
551	175
552	176
553	177
554	178
555	179
556	170
557	171
558	172
559	173
560	174
561	175
562	176
563	177
564	178
565	179
566	170
567	171
568	172
569	173
570	174
571	175
572	176
573	177
574	178
575	179
576	170
577	171
578	172
579	173
580	174
581	175
582	176
583	177
584	178
585	179
586	170
587	171
588	172
589	173
590	174
591	175
592	176
593	177
594	178
595	179
596	170
597	171
598	172
599	173
600	174
601	175
602	176
603	177
604	178
605	179
606	170
607	171
608	172
609	173
610	174
611	175
612	176
613	177
614	178
615	179
616	170
617	171
618	172
619	173
620	174
621	175
622	176
623	177
624	178
625	179
626	170
627	171
628	172
629	173
630	174
631	175
632	176
633	177
634	178
635	179
636	170
637	171
638	172
639	173
640	174
641	175
642	176
643	177
644	178
645	179
646	170
647	171
648	172
649	173
650	174
651	175
652	176
653	177

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 falsa 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 Cícero Inácio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 268404508-99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JASONIEL PENEIRO DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o N° 046618153-19, do sinistro de DPVAT cobertura INVOLINEL da Vítima JASONIEL PENEIRO DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o N° 046618153-19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAR

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>ENVESTIMENTO SORNEIS</u>	Número	<u>724</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LIMOEIRO</u>	Cidade	<u>JUZEIRO DO NORTE</u>	Estado	<u>CE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>8819-9927-0509</u>

Juazeiro do Norte - CE de 16 de OUTUBRO de 2018 BIA CORRETORA DE SEG. LTD.  
Local e Data

22 OUT. 2018

Gauz Inácio da Silva.

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO FILGUEIRA CALLOU

RG nº 98029000109, data de expedição 06/03/2015,  
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 005.413.233-93, com  
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de  
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV MADRE NERI SOBRINHA, nº 16,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA cujo o condutor era  
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/POP 100

Ano: 2010

Placa: NUX 6023

Chassi: 9C24B0210AR106900

Data do Acidente: 25/12/2017

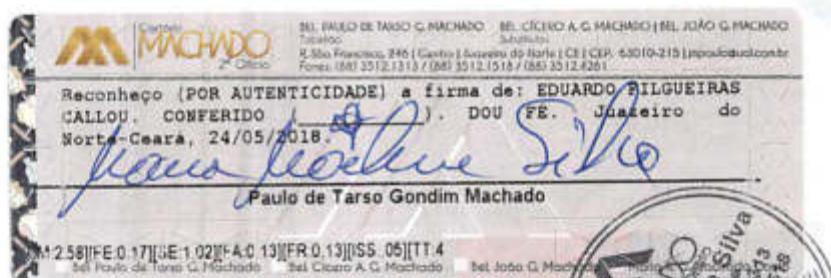
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE 24/05/2018

EDUARDO FILgueira Ras calou

Assinatura do Declarante

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

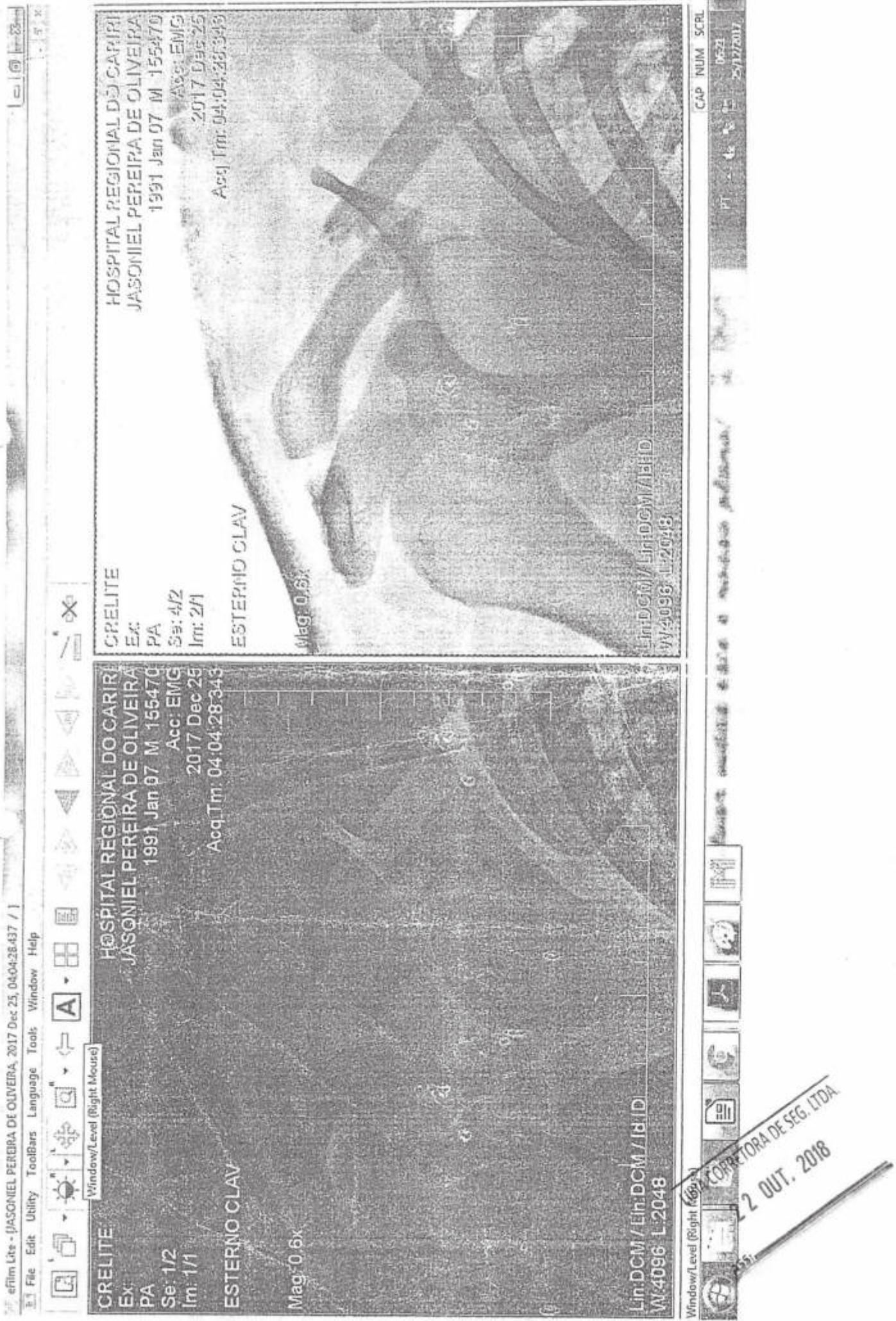
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS:





NOME: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRÁ

PRONTUÁRIO: 155470

DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1991

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT11

DATA DO EXAME: 25.12.2017

HORA DO EXAME: 08:27

DATA DO LAUDO: 25.12.2017

HORA DO LAUDO: 10:40

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### RELATÓRIO DE URGÊNCIA

#### TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

#### INDICAÇÃO:

TCE.

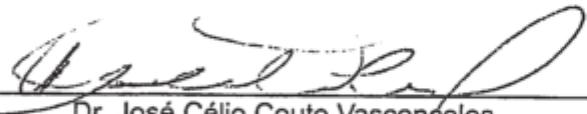
#### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Espessamento do revestimento mucoso dos seios paranasais.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Hematoma subgaleal parietal direito, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.



  
 Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
 Médico Radiologista CRM-CE 13064  
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.



indo

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 06/02/2018 08:

N. Atendimento...: 468371  
 Data Atendimento: 06/02/2018 Hora: 08:10  
 Médico Respons...: CASSIO MURILO DA SILVA  
 Recepção...: KAROLAYNE  
 Setor Atend....: CONSULTORIO

Convênio.: BPA SUS  
 Matrícula: 702300157940215  
 Guia.:  
 Tipo de Atend.: AMBULATORIAL  
 Serviço: CONSULTA

## ===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Pront: 133697  
 Dta Nasc.: 07/01/1991 - 27 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil: SOLTEIRO RG: 556369105  
 Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521  
 Cep.....: 63100000 Bairro: LIMOEIRO  
 Estado...: CE Resp...: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
 Fone: 88997708595

DIAGNÓSTICO

THI CONSULTA MÉDICA

CONDUTA

## ENCAMINHAMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Itern. [ ] Outro [ ] Clinica [ ] Cirurg [ ] Obst. [ ] Ped. [ ] Oftalmo. [ ] Outro

## NATUREZA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO

[ ] RAIO-X

[ ] ULTRASSOM

[ ] ENDOSCOPIA

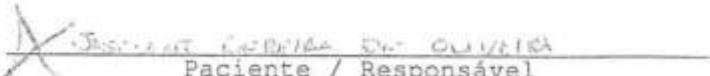
DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA  
 CRM: 6002 CPF: 34631348372

  
 Paciente / Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018



Prontuário N°.: 133697  
Internação N°.: 470340

Impresso: 20/02/2018 08:20

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Respons.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

|Nasc.: 07/01/1991 Idade: 27 Sexo: M

Matrícula: 702300157940215

Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521

|Bairro.: LIMOEIRO Cep.: 63100000

Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE

|Telefone: 88997708595

Filiação.: Mãe - LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

|Pai - JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF.....: 046.618.153-19 RG: 556369105

|UF: Orgão: Natural: JUAZEIRO

NORTE

Raça.....: PARDO

Profissão: MOTORISTA

|Est.Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico...: CASSIO MURILO DA SILVA

|Cadastro.: KAROLAYNE / Atendente: VANDA

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

|Data/Hora.: 20/02/2018 08:17

Setor....: POSTO MASCULINO

|Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SE

Acomod...: AM03

|Carater...: ELETIVA

Leito....: AM3.10 Trans.P/Leito: \_\_\_\_\_

|Tipo Acom.: ENFERMARIA CLINICA

Enf/Apto: \_\_\_\_\_

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

1. A dor no ombro

Leticia M. Alves de Lautus Landim  
20/02/2018 08:17  
CNPJ 31.580.122/0001-49

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ( )

DM ( )

AVC ( )

ALERGIA A DROGAS ( )

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

FR =

TA =

ACV: \_\_\_\_\_

AR.: \_\_\_\_\_

COME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILOS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO

TRASN. P/ MÉDICO: \_\_\_\_\_

N° DO UNISUS: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE ALTA:

LINHA CORRETORA DE SEG. LTDA.

ASS.: \_\_\_\_\_

ALTA EM:

01 / 02 / 2018

22 OUT. 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 6002

CASSIO MURILO DA SILVA

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 12:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10  
Técnico(a): WILLIANY

Atendimento: 470340

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

-----  
Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 12:46  
MANHA:

CLIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA EM CLAVICULA "D"  
EVOLUI: CONSENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM QUEIXA NO PERÍODO, ACEITA  
DIETA OFERECIDA, FICA EM REPOSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Williany C. Lima  
Técnica de Enfermagem  
COREN-CE 883524

Técnico(a): WILLIANY CRUZ LIMA  
COREN: 883524-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 15:08

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10  
Técnico(a): VIVI

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

-----  
Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:08  
TARDE

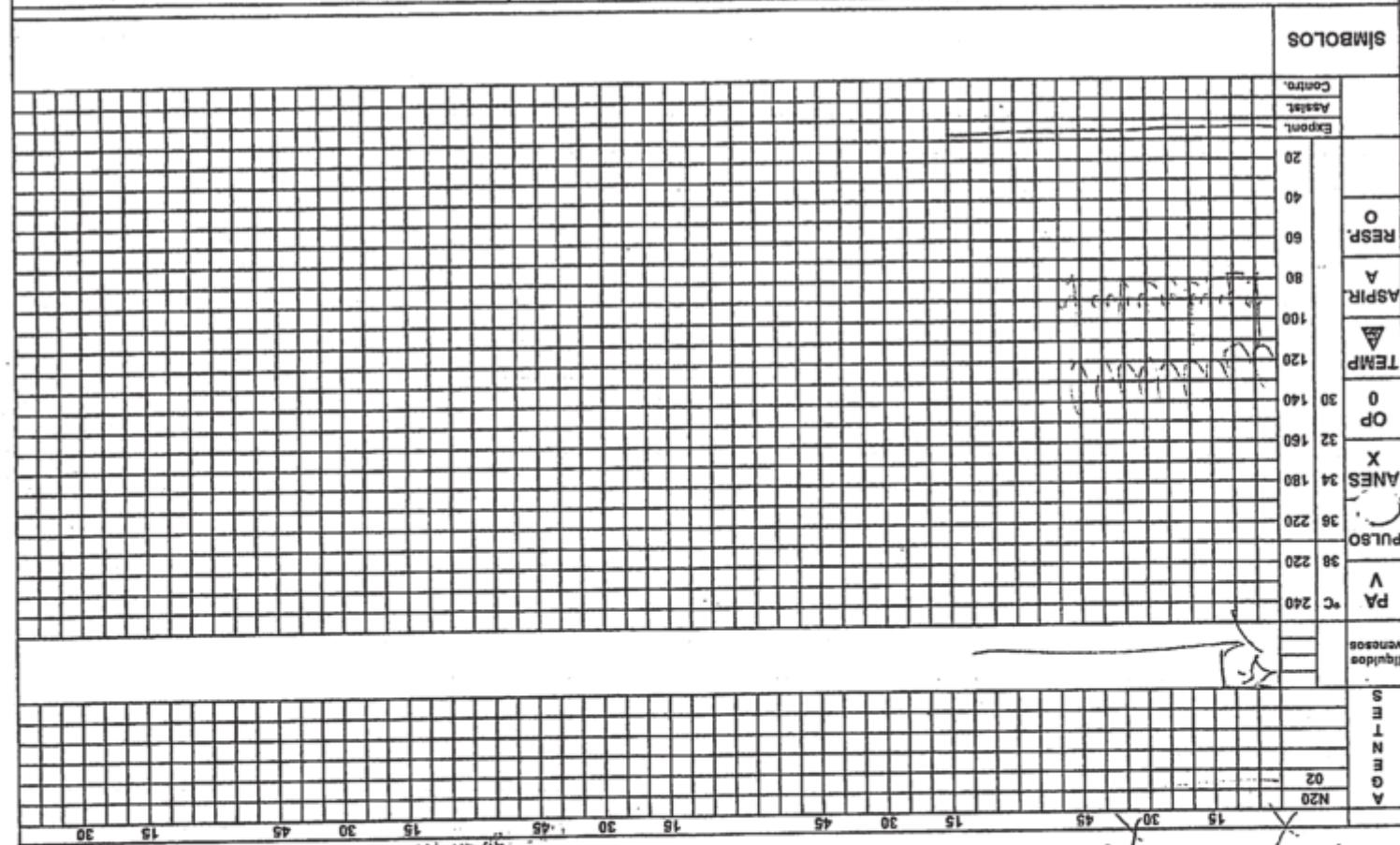
PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA, ALTA HOSPITALAR.

  
Viviane Maria  
TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
Técnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA  
COREN: 779297-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: 



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICA  
PRÉ-ANESTÉTICO

Nome	Reg.		
Sexo	Idade	Peso	Alt.
Diag. Pré-Op			
Cirurgia Proposta			
Anest. Ant.			
Alergia			
Fumo Tempo - Quant.	Alcool		
Drogas em uso - Doses			
Estado Mental	Tipo de Sangue		
Boca	Pescoço		
PA.	F.C.	P脉	Veias
Ap. Resp.			
Ap. Circ.			
Ap. Gen. - Uri			
S. Nervoso			
S. Endocrino			
Exs. Compl.			
Est. Físico (asa)	Anest. Proposta Assinatura		
PÓS - ANESTÉSICO			
Sala de Recuperação		Enfermaria	
Data - Hora		Data - Hora	
LIBRA CORRETORA DE SEG. LTDA. 22 OUT. 2018			
Assinatura		Assinatura	
Obs.:			

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- Fc em desibito doses
- Assunção e desuso
- Aposições de campo
- Abordagem sob abrigo
- Dissecções por phone
- Abordagem de fratura
- Retirada de grande quantidade de fios
- Redução fracial placa DCP
- Afundador de perturbações devendo ao motor q/ pouco torque
- Hemostasio
- Sutura pr placa
- Curativo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesista

Rotular causas que justificarem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018



Data	Cirurgião
	1º Auxiliar
	Ass. e Carimbo do Cirurgião
	2º Auxiliar
	3º Auxiliar
	Ass. e Carimbo

HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

# BOLETIMO DE CIRURGIA

O - Bateaux de Chirurgie e Anestesio

Av. Teodoro Teles, 99 - Crato - CE - Fone: 3523-2600



Relatório Médico

JOME:		
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
<u>10-09-2018</u>	<u>10:00</u>	<u>Trombose da Orlina</u>

<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>ENF.:</b>	<b>LEITO:</b>	<b>CLÍNICA:</b>
	3	10	<i>Am</i>

## HORÁRIO

10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24

~~LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.~~

22 OUT. 2018

ASCE

**EXAMENES REALIZADOS:** RX ( ) ECG ( ) USG ( ) TC ( ) LAB. ( )

File Edit Utility ToolBars Language Tools Window Help



CRELITE

Wind/Level (Right Mouse)

EX:

PA

Se: 1/2

Im: 1/1

ESTERNO CLAV.

Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
1991 Jan 07 M 155470  
Acc: EMG  
Se: 4/2  
Im: 2/1  
Acq.Tm: 04:04:28:343

CRELITE  
EX:  
PA  
Se: 4/2  
Im: 2/1  
ESTERNO CLAV.

Mag: 0.6x

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
22 OUT. 2018

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
1991 Jan 07 M 155470  
Acc: EMG  
2017 Dec 25  
Acq.Tm: 04:04:28:343

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048

Window/Level (Right Mouse)



Wind/Level (Right Mouse)

CAP NUM SCR

PT 4x 12 06:21

25/12/2017

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 18:34

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10 Atendimento: 470340  
Técnico(a): CAROLINA

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 17:31  
TARDE

CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA POR DR. CASSIO.  
FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO ÁS 16:37 RETORNOU ÁS 18:12  
SOBRE EFEITO ANESTESICO, VEIO COM ACESSO VENOSO PERIFERICO  
, ESTA COM SORO TERAPIA. PERMANECE NO LEITO AOS CUIDADOS DA  
ENFERMAGEM.

  
Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO  
COREN: 1169836-CE

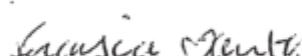
HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 21:30

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10 Atendimento: 470340  
Técnico(a): DANTAS

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 21:30

NOITE-  
PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, AFEBRIL EUPNEICO EM PÓ DE CLAVICULAR  
DIREITA, ACEITA BEM DIETA OFERECIDA REFERE DOR AVP PARA TERAPIA  
MEDICAMENTOSA, RESPIRA EM AMBIENTE MEDICADO SEGUE AOS CUIDADOS ENFERMAGEM.

  
Técnico(a): FRANCISCA MARIA DANTAS DE FREITAS  
COREN: 188850-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

, 22 OUT. 2018

ASS:

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 09:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Leito...: AM3.10 Atendimento: 470340  
Técnico(a): SANDRA

Prontuário: 133697  
Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 09:46

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO POR DR. CASSIO MURILO, COM HD DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. EVOLUI CONSCIENTE, CALMO, COOPERATIVO, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO ATÉ 2º ORDEM, NEGA ALERGIA + HIPERTENSÃO + DIABÉTICO, TEM EXAMES LABORATÓRIAS + ECG + XERO DE RX DE CLVICULA. SEGUE NO LEITO AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.  
PA-110/80MMHG  
T-36°C

Sandra  
Técnico(a): SANDRA REGINA DE SOUSA ALVES  
COREN: 936564-CE

21/02/18, 14h, 21/02 - SI queixa

OF. BOCAS respondeu que paciente GCS=15  
puffar dente de ar

de after of OG  
xt ambulatório

Dr. Samir Samaan Fo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 0071007 CRM-13.639

21 FEV. 2018

"Não a mim, Senhor, mas a Teu  
nome seja dada glória."  
Sl. 115:1

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass: \_\_\_\_\_



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass:

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL NACIONAL

CPF: 95029997203 DATA: 20/6/1995

NOME: CICERO INACIO DA SILVA

PAI: ISAIAS INACIO DA SILVA E MARIA

MARCA: FRANCISCA DA SILVA

RESIDÊNCIA: PENEDE - AL  
DOCUMENTO CERT. CASAM. 5631 L 15 F  
115V JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE Nascimento: 9/3/1974

NOTA: AUTORIZADA A USAR  
N.º 716 DE 2006RS

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: CICERO INACIO DA SILVA

Nº de Inscrição: 268404508-99

Data de Nascimento: 09/03/74



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180496553      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 25/12/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 06/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 15)  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE  
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CLAVÍCULA  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

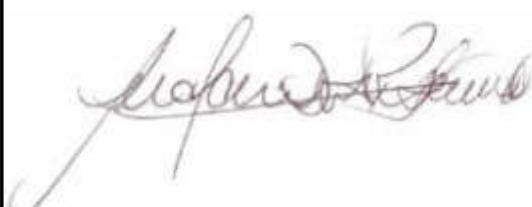
**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180496553      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 25/12/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

Outorgante: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTONISTA, residente e domiciliado à Rua ANTONIO DIAS SOBRINHO, nº 521, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de(o) CEARÁ, Cep.: 63020-110, portador(a) do Rg nº 55626.910-5, SSP/SP e CPF nº 046.618.153-19.

Outorgado: CICERO INACIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão , residente e domiciliado(a) à Rua ERNESTINA SOBRINHA, nº 724, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de (o) CEARÁ, Cep.: 63030-180, portador (a) do RG nº 95029091203 SSP/CE e CPF nº 268.404.508-99.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, ocorrido em 25/12/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

JUAZEIRO DO NORTE - 15, de OUTUBRO de 2018.  
CEARÁ

1º OFÍCIO  JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Outorgante  
CPF N° 046.618.153-19

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

JUÍZA CORRETORA DE SEC. LTD.

22 OUT. 2018

ASS:



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 046.618.153-19

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2017

**Titular do CPF:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### CICERO INACIO DA SILVA : 268.404.508-99

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

### JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19

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](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: 22/10/2018  
Nome: CICERO INACIO DA SILVA  
CPF: 268.404.508-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

CICERO INACIO DA SILVA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

**Número do Sinistro:** 3180496553

**Vítima:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 046.618.153-19

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2017

**Titular do CPF:** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19**

Autorização de pagamento

## 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: 26/10/2018  
Nome: CICERO INACIO DA SILVA  
CPF: 268.404.508-99

CICERO INACIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS