

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190276022**

**Vítima: ALEXANDRO COSME DE MELO**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO GOMES ARTUR**

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

**Senhor(a), ALEXANDRO COSME DE MELO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190276022**

**Vítima: ALEXANDRO COSME DE MELO**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO GOMES ARTUR**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ALEXANDRO COSME DE MELO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

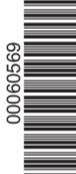
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276022      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRO COSME DE MELO      **Data do acidente:** 02/01/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM FACE E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO MENTONIANA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA EM REGIÃO MENTONIANA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

# 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:

090.400.443-04 ALEXANDRE COSME DE MELLO

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

Nome completo:

ALEXANDRE COSME DE MELLO

CPF:

590.400.443-04

Profissão:

CONFITEIROS

Endereço:

RUA JOSÉ CAVALCANTE DE MELLO

Número:

Complemento:

Bairro:

CAMPINAS VELHAS

Cidade:

CRATÉUS

Estado:

CEARÁ

CEP:

63.700-000

E-mail:

Tel (DDD):

1831 99968-0286

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE (004)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 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):

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

10/10/2019

15 ABR. 2019

## 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

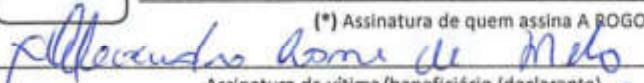
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CRATÉUS-CE, 03.04.2019.

Nome:

CPF:

  
(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

  
Daniels Gomes Melo

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Segurança Pública  
e Defesa Social  
Policia Militar do Ceará*

**VISTO**  
EM: \_\_\_/\_\_\_/2018

Fiscal de Policiamento da  
\_\_\_ºCIA/ \_\_\_ºBPM

**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

ROP nº 004/2019

Crateús-CE, 02 de janeiro de 2019.

OPM	1ª CIA/7º BPM – Crateús
NATUREZA DO OCORRÊNCIA	Acidente de Trânsito
LOCAL DA OCORRÊNCIA	Centro /Crateús-CE

**DOS FATOS:**

Informo que no dia 02/01/2019, por volta das 07hs, no centro de Crateús-CE, no cruzamento das ruas Cel. Totó com Dr. Moreira da Rocha, foram vítimas de acidente de trânsito: **FRANCISCO ASSIS PORTELA**, filho de Inácio Augusto de Loiola e Filomena Marques de Alcântara, solteiro, aposentado, natural de Crateús-CE, nascido aos 11/01/1932, residente na Rua Lopes Vieira, 383, bairro dos Venâncio, Crateús-CE, este foi atravessar a rua quando foi colidido pela motocicleta Honda NRX Bros, vermelha, ano 2015, placa PND3787 de propriedade de Maria Janice Soares Martins ME, conduzida pela pessoa de **ALEXANDRO COSME DE MELO**, filho de Januária Cosme de Melo e Felismino Cosme de Melo, natural de Independência-CE, nascido aos 22/04/1982, casado, confeiteiro, residente na Rua José Martins, 54, bairro Campo Verde, Crateús-CE e o garupeiro **LUIS HELDER SOARES MARTINS**, filho de Maria Valda Soares e Antônio Luis Martins, natural de Crateús, nascido aos 29/11/1989, casado, policial militar, residente Rua Emílio Falcão, 308-A, Planalto, Crateús-CE. Informações repassadas ao Copom que a motocicleta colidiu com o senhor que atravessou a rua quando o sinal abriu para os veículos. Que a composição da VTR 7441: SGT Clândier, Cb Alexandre e SD Ornilson foram até o local da ocorrência onde se encontrava a Guarda Municipal e o Corpo de Bombeiros socorreram as vítimas para o Hospital São Lucas de Crateús.

**RESPONSÁVEL PELA DIGITAÇÃO**

*Márcia Cristina Mourão Silveira*

**Márcia Cristina Mourão Silveira - SD PM**  
MF: 305.247-1-3  
Operador de Comunicação

15 ABR. 2019  
URIA CORREIA - 7º BATALHÃO DE SEG. UMA

# 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:

040.400.443-04 ALEXANDRE COSME DE MELLO

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

Nome completo:

ALEXANDRE COSME DE MELLO

CPF:

540.400.443-04

Profissão:

Endereço:

CONFITEIRAS

RUA JOSÉ CAVALCANTE DE MELLO

Bairro:

PAMPA VELHO

Cidade:

CRATO

Estado:

CEARÁ

CEP:

63.700-000

E-mail:

Tel (DDD):

85 39968-0226

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

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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE (004)

AGÊNCIA:

029

2

CONTA:

43.545

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

101 SIF ITA  
15 ABR. 2019

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CRATO-CE, 03.04.2019.

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) 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.



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 043887	Atendimento 0005	Nome do Paciente ALECXANDRO COSME DE MELO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s)				
Ignorado:				
Data de Nascimento 25/04/1982	Local CRATEUS/CE		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Pai FILISMINO GOMES DE MELO		Mãe JANUARIA COSME DE MELO		Idade 36 Ano(s)
Endereço RUA JOAQUIM MARTINS, 54	Bairro CAMPO VERDE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão CONFEITEIRO	Empresa	Conjuge FRANCISCA JOSIANE RODRIGU		UF CE
Responsável FRANCISCA JOSIANE RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço RUA JOAQUIM MARTINS, 54	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/01/2019	Hora 07:19	Convênio SUS	Matrícula	CID			
Professional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN			CRMUF 18419/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO			
Indicador de Acidente			Funcionário MONALIZA LOPES CLAUDINO				
Observação							
Sala		Data/Hora Liberação 02/01/2019 08:03		Tipo de Saída Alta			
Sinais Vitais							
Peso (kg) 90,000	Altura (cm) 36	T (°C) 110	P (bpm) 19	R (ppm) 150 X 80	PA (mmHg) 95	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 02/01/2019 07:31

Responsável pela Classificação: SAARA BARBOSA FERRE

Relatório:

paciente vítima de atropelamento, consciente, orientado apresentando escoriações em face.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

02/01/2019 08:03:17h Responsável: CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN CRM-CE 18419

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM ESCORIAÇÕES PELA FACE E PEQUENO FERIMENTO CORTOCONTUSO NA REGIÃO MENTONIANA, SUPERFICIAL, CONSCIENTE, ORIENTADO NO T,E E PESSOA, SEM DÉFICIT MOTOR. ECG:15, SEM SINAIS DE FRATURA. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.

DEMAIS SISTEMAS NDN.

ID:ACIDENTE DE MOTOCICLETA

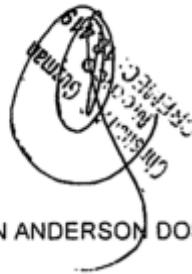
POLICONTUSO

CD: SUTURA COM NYLON PRÉVIA ASSEPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL.

MEDIDAS GERAIS

ALTA APÓS CONDUTA

15 ABR. 2019  
IRIS: CHRISTIANA.PCS.C.104



CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: FRANCISCA JOSIANE RODR

1661389  
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

criada pela Lei nº 10.645  
de 20 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 160  
CEP 60136-010 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.040-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 557090376

Rota 06 38000 04 133500 - 2 Data de Emissão 09/01/2019  
Nome ANTONIA RITA CAMPOS SOUSA  
End. Postal RU JOSE CAVALCANTE DE MELO 00054  
CAMPO VELHO - CRATEUS - 63700000  
Medidor 7678732 Posto 0000 A70W  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 02-BX, RENDA MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 873550353-04 CGF  
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévia da Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.
Jan/2019	09/01/2019	09/02/2019	Conjunto LYTES Mês Nov/2018 DIFCL = 0,00 P BUSD 39,10

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
			DMIC	3,20		0,00		

6370.4572.0459.4431.0870.0000.7E49.9480

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lata Atual	Lata Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 23079	22940	1,00	139	8,80	50	0,17454	6,22
				79	0,23922	20,94	
				29	0,44685	17,54	

09/01/19 11/12/18 29 DIAS 139 43,68

DESCRIÇÃO

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	69,32
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-25,64
MULTA MORATORIA REF 12/2018	1,39
JUROS DO MES	0,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,29
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,31
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1	5,00

VENCIMENTO

16/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,65

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	22,67
Transmissão .....	1,15
Distribuição .....	12,25
Encargos Setoriais .....	3,45
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	3,52
TOTAL .....	41,99

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

113	139	157	157	152	160	143	105	113	95	67	71
Med Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Set Out Nov Dec											

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Condição Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

54,27 0,00 0% 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prazo Aviso  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prazado Cliente, consta(m) em nossos controles contábil em atraso.  
Sobre o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto no Res. ANEEL 414/18, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 3,52 referente a PIS e COFINS. As quotas: PIS:0,91% e COFINS:14,17%  
Carteira: 4 Rev. 100-2005 - ANEEL - 10.637-02 + 10.633-03

Bandeira verde em Jan-19, sem acréscimo no valor da enverga a ser repassado para o consumidor. Informações: www.enel.sou.br

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
12/2018	99,66
Total	99,66

15 ABR. 2019  
Enel Cartório de Registro Civil  
15 ABRIL 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 566379671

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002.

**DADOS DO CLIENTE**Esta é a segunda via de  
**MAR/2019**Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Rota 11 038000 23 0249551

Medidor

Poste

Nome: DANILo GOMES ARTUR

2054725

0000 A38W

Endereço Postal

**Nº DO CLIENTE****6567453****pv 7****VENCIMENTO****24/04/2019****TOTAL A PAGAR (R\$)****60,34**End. da Unidade  
Consumidora RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS CENTRO CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 873.649.133-00

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Inci.  Consumo Faturado

4775 4727 1 48 0 48

**DESCRIÇÃO DA CONTA**Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)**DATAS DE LEITURA**Data de Emissão/  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

18/03/2019

16/04/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

61E7.48DC.62FA.637C.878E.7E4A.C4FB.55CC

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto

ISENTO

Valor do Imposto

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO****OUTROS PAGAMENTOS**

QUOTA PROPORCIONA PARCEL MULTA JUROS CORRECÃO	0,93
QUOTA PROPORC. PARCEL.TAXA SERVICO	1,14
MULTA MORATORIA	1,18
JUROS POR PARCELAMENTO DE DÉBITO	1,35
QUOTA PROPORC PARCEL CONT IL.PUB INTERIOR	1,57
QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO	29,69

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

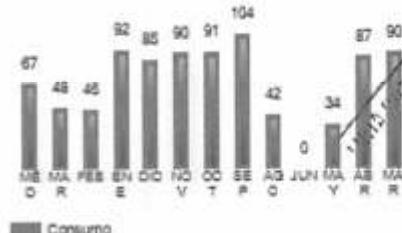
**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO****INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,02

Conjunto: CRATEUS

Mês: JAN/ 2019

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

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

15 ABR, 2019

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **6567453-7** Nº da Nota Fiscal: **566379671** Total a Pagar (R\$): **60,34**Data de Emissão: **09/04/2019** Referência: **MAR/2019** Nº de Controle: **0006567453 00050 4363 2 02**

83890000000-5 60340031000-0 00065674530-4 00504363243-3



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DANIL GOMES ARCE  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.333 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALEXANDRO COSME DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 940.400.443 / 04,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXANDRO COSME DE MELO,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 940.400.443 / 04, 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 DE. JOÃO TOMÉ</u>	Número:	<u>1379</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>CRATO</u>	Estado: <u>CEARÁ</u> CEP: <u>63.700-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(88) 99968-0286</u>

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

Crato-CE, 03.04.2019

Danilo Gomes Arce  
Assinatura do Declarante

*15 ABR. 2019*



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 043887	Atendimento 0005	Nome do Paciente ALECXANDRO COSME DE MELO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s)				
Ignorado:				
Data de Nascimento 25/04/1982	Local CRATEUS/CE		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Pai FILISMINO GOMES DE MELO		Mãe JANUARIA COSME DE MELO		Idade 36 Ano(s)
Endereço RUA JOAQUIM MARTINS, 54	Bairro CAMPO VERDE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão CONFEITEIRO	Empresa	Conjuge FRANCISCA JOSIANE RODRIGU		UF CE
Responsável FRANCISCA JOSIANE RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço RUA JOAQUIM MARTINS, 54	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/01/2019	Hora 07:19	Convênio SUS	Matrícula	CID			
Professional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN			CRMUF 18419/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO			
Indicador de Acidente			Funcionário MONALIZA LOPES CLAUDINO				
Observação							
Sala		Data/Hora Liberação 02/01/2019 08:03		Tipo de Saída Alta			
Sinais Vitais							
Peso (kg) 90,000	Altura (cm) 36	T (°C) 110	P (bpm) 19	R (ppm) 150 X 80	PA (mmHg) 95	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 02/01/2019 07:31

Responsável pela Classificação: SAARA BARBOSA FERRE

Relatório:

paciente vítima de atropelamento, consciente, orientado apresentando escoriações em face.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

02/01/2019 08:03:17h Responsável: CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN CRM-CE 18419

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM ESCORIAÇÕES PELA FACE E PEQUENO FERIMENTO CORTOCONTUSO NA REGIÃO MENTONIANA, SUPERFICIAL, CONSCIENTE, ORIENTADO NO T,E E PESSOA, SEM DÉFICIT MOTOR. ECG:15, SEM SINAIS DE FRATURA. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.

DEMAIS SISTEMAS NDN.

ID:ACIDENTE DE MOTOCICLETA

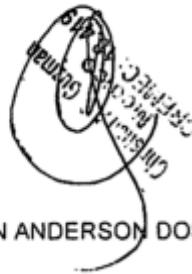
POLICONTUSO

CD: SUTURA COM NYLON PRÉVIA ASSEPSIA COM IPV E BLOQUEIO LOCAL.

MEDIDAS GERAIS

ALTA APÓS CONDUTA

15 ABR. 2019  
IRIS: CHRISTIANA.PCS.C.104



CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: FRANCISCA JOSIANE RODR

## PROCURAÇÃO

Outorgante: ALEXANDRO COSME DE MELO, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão CONFEITEIRO, residente e domiciliado(a) na RUA JOSÉ CAVALCANTE DE MELO, nº. 54, complemento SEDE, bairro CAMPO VELHO, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-000, portador(a) do RG nº 2001021034051, SSP/CE e CPF nº 940.400.443-04.

Outorgado: DANILO GOMES ARTUR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DOUTOR JOÃO TOMÉ, nº 1379, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA Cep.: 63.700-000, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/CE e CPF nº 873.649.133-00.

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 da natureza INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ALEXANDRO COSME DE MELO, ocorrido em 02/01/2019, 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.

CRATEÚS/CE, 03 de ABRIL de 2019.

*Alexandro Cosme de Melo*  
Outorgante ALEXANDRO COSME DE MELO  
CPF Nº 940.400.443-04

RECONHECO AS FIRMA(S) PRA AGRA  
CARTÓRIO DE CRATEÚS

CRATEÚS 03 ABR 2019 Dou fê.  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade  
*Elaine Cristina da Silva Nascimento*

CARTÓRIO MARTINS  
Elaine Cristina da Silva Nascimento  
Substituta  
Cratéus - Ceará

15 ABR. 2019

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127488/19

**Vítima:** ALEXANDRO COSME DE MELO

**CPF:** 940.400.443-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/01/2019

**Titular do CPF:** ALEXANDRO COSME DE MELO

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

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

### ALEXANDRO COSME DE MELO : 940.400.443-04

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: 15/04/2019  
Nome: DANIL GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

DANIL GOMES ARTUR

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA