
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



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 EVIDENCIA PRESENÇA 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: |
| | 940.400.443-04 | ALEXANDRO COSME DE MELO |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | CPF: | |
| ALEXANDRO COSME DE MELO | 940.400.443-04 | |
| Profissão: | Endereço: | Número: |
| CONFEITEIRO | RUA JOSÉ CAVALCANTE DE MELO | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| PAMPO VELHO | CRATEÚS | CEARÁ |
| E-mail: | CEP: | Tel. (DDD): |
| | 63-700-000 | 181 99968-0886 |

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

REDA 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

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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) | | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>BANCO DO NORDESTE (004)</u> | |
| AGÊNCIA: | CONTA: | AGÊNCIA: | CONTA: |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | 029 2 | 43.145 9 |
| | | (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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: |
| | | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

| | | |
|--|--|-------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data: | TESTEMUNHAS |
| | Nome: | 1ª Nome: |
| | CPF: | CPF: |
| | | Assinatura |
| | (*) Assinatura de quem assina A ROGO | 2ª Nome: |
| | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | CPF: |
| | Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura |
| | 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.**



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará

VISTO

EM: ____/____/2018

Fiscal de Policiamento da
____°CIA/____°BPM

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 atravessa 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 Luís Martins, natural de Crateús, nascido aos 29/11/1989, casado, policial militar, residente Rua Emilio 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

UNIA CORREÇÃO DE SIG. LTDA
15 ABR. 2019

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: |
| | 940.400.443-04 | ALEXANDRO COSME DE MELO |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | ALEXANDRO COSME DE MELO | |
| Profissão: | Endereço: | CPF: |
| CONFEITEIRO | RUA JOSÉ CAVALCANTE DE MELO | 940.400.443-04 |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| PANAM VELHO | CRATEÚS | CEARÁ |
| E-mail: | CEP: | Tel. (DDD): |
| | 63-700-000 | 181 99968-0286 |

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

RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: <u>BANCO DO NORDESTE (004)</u> |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> | AGÊNCIA: <u>029</u> <u>2</u> CONTA: <u>43.145</u> <u>9</u> |
| (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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: |
| | Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/> | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou pais/avós vivos? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>CRATEÚS-CE, 03.04.2019.</u> | TESTEMUNHAS |
| | Nome: _____ CPF: _____ | 1º Nome: _____ CPF: _____ |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <u>Alexandro Cosme de Melo</u> Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____ | Assinatura _____ 2º 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.**



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

| | | | | |
|--|-------------------------------|---|---------------------------|---------------------|
| Prontuário 043887 | Atendimento 0005 | Nome do Paciente ALEXANDRO COSME DE MELO | CNS | Guia de Autorização |
| Documento(s) Ignorado: | | | Estado Civil Casado(a) | Sexo Masculino |
| Data do Nascimento 25/04/1982 | Local CRATEUS/CE | | | Idade 36 Ano(s) |
| Pai FILISMINO GOMES DE MELO | Mãe JANUARIA COSME DE MELO | | | |
| Endereço RUA JOAQUIM MARTINS, 54 | Bairro CAMPO VERDE | CEP 63700-000 | Município CRATEUS | UF CE |
| Profissão CONFEITEIRO | Empresa | Cônjuge FRANCISCA JOSIANE RODRIGU | Telefone 88 36914575 | |
| 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 |
| Profissional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN | CRM/UF 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) | T (°C) 36 | P (bpm) 110 | R (mpm) 19 | PA (mmHg) 150 X 80 | Oximetria (%) 95 | 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

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

15 ABR. 2019

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA JOSIANE RODR

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

for criada pela Lei nº 10.422 de 20 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

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 505E 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 de Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Jan/2019 | 09/01/2019 | 09/02/2019 |

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta CRATEUS
Mês Nov/2018 EUSD 39,10
DICE = 0,00 P

ICMS

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

Padrão Individual

| Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|-----------|-------|-------|--------|-------|-------|
| DIC 5,55 | 11,10 | 22,21 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC 3,23 | 6,47 | 12,95 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC 3,20 | | | 0,00 | | |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

637D.A572.C4E9.AA31.D87D.A0ED.7E49.9480

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Fict. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|
| FF 23079 | 22940 | 1,00 | 139 | 0,00 | 50 | 0,17484 | 24,22 |
| | | | | | 70 | 0,23923 | 26,74 |
| | | | | | 30 | 0,44985 | 17,51 |
| 09/01/19 | 11/12/18 | | 29 DIAS | | 139 | | 43,68 |

DESCRIÇÃO

| DESCRIÇÃO | VALOR (R\$) |
|---|-------------|
| 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 | 1,35 |
| Distribuição | 1,35 |
| Encargos Setoriais | 0,46 |
| Tributos (PIS-COFINS)... | 0,52 |
| TOTAL | 44,99 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 113 | 139 | 157 | 157 | 151 | 160 | 143 | 105 | 113 | 95 | 67 | 71 |
| MED Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez | | | | | | | | | | | |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emitido kg (CO ₂) | Compensado kg (CO ₂) | Consciência Ecológica (%CO ₂) |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 54,27 | 0,00 | 0% |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constam em nossos controles contábil em atraso. Sem o pagamento 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 na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 170, 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.

DÉBITOS ANTERIORES

| Mês/Ano | Valor R\$ |
|--------------|--------------|
| 12/2018 | 99,68 |
| Total | 99,68 |

Consta desta fatura R\$ 3,52 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,51% e COFINS:4,17%

(Lei nº 10.637/03 - ANEEL e Lei nº 10.637/03 e 10.833/03)

Bandeira verde em Jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.eneel.com.br

15 ABR. 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

Esta é a segunda via de

MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

6567453

DV 7

VENCIMENTO

24/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,34

Rota 11 038000 23 0249551

Medidor

Poste

Nome DANILO GOMES ARTUR

2054725

0000 A38W

Endereço Postal

End. da Unidade

RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS CENTRO CRATEUS 63700000

Consumidora

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 Incl. Consumo Faturado

4775

4727

1

48

0

48

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

18/03/2019

Prev. Próxima
Leitura

16/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Alíquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

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 CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

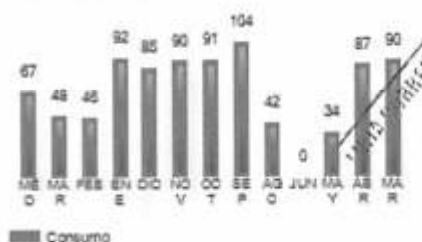
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,02

Conjunto CRATEUS

Mês JAN/ 2019

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trím. | Anual | Mensal | Trím. | 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

N° do Cliente:

6567453-7

N° da Nota Fiscal: 566379671

Total a Pagar (R\$): 60,34

Data de Emissão:

09/04/2019

Referência: MAR/2019

N° 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 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu DANILO GOMES ARZOR
inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 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 INVALIDOZ 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>CRATEÚS</u> | Estado: <u>CEARÁ</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>63.700-000</u> | Tel. (DDD): <u>(88) 99968-0286</u> |

Local e Data: _____

CRATEÚS-CE, 03.04.2019

Daniilo Gomes Arzor
Assinatura do Declarante

RECIBO
15 ABR. 2019



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

| | | | | |
|--|-------------------------------|---|---------------------------|---------------------|
| Prontuário 043887 | Atendimento 0005 | Nome do Paciente ALEXANDRO COSME DE MELO | CNS | Guia de Autorização |
| Documento(s) Ignorado: | | | Estado Civil Casado(a) | Sexo Masculino |
| Data do Nascimento 25/04/1982 | Local CRATEUS/CE | | | Idade 36 Ano(s) |
| Pai FILISMINO GOMES DE MELO | Mãe JANUARIA COSME DE MELO | | | |
| Endereço RUA JOAQUIM MARTINS, 54 | Bairro CAMPO VERDE | CEP 63700-000 | Município CRATEUS | UF CE |
| Profissão CONFEITEIRO | Empresa | Cônjuge FRANCISCA JOSIANE RODRIGU | Telefone 88 36914575 | |
| 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 |
| Profissional do Atendimento CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN | CRM/UF 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) | T (°C) 36 | P (bpm) 110 | R (mpm) 19 | PA (mmHg) 150 X 80 | Oximetria (%) 95 | 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

CHRISTIAN ANDERSON DOS SANTOS GUZMAN - CRM: 18419

15 ABR. 2019

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.

CARTÓRIO
MARTINS

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



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) *para o(a) outorgado(a) Danilo Gomes Artur*
Cosme de Melo
Grateús 03 ABR 2019 Dou fé.
Em testemunho *da* da verdade

CARTÓRIO MARTINS
Elaine Cristina da Silva Nascimento
Substituta
Crateús - Ceará

15 ABR. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127488/19

Vítima: ALEXANDRO COSME DE MELO

CPF: 940.400.443-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: ALEXANDRO COSME DE MELO

CPF de: Próprio

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 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: DANILLO GOMES ARTUR
CPF: 873.649.133-00

DANILO GOMES ARTUR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA