
Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133097

Vitima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180133097**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

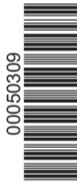
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133097

Vitima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180133097**.

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, 22 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133097
Vitima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA
Data do Acidente: 20/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180133097**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

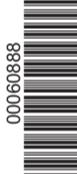
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

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. 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, 09 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190267754**

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 0000022140-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Substituto representante Legal para:

Horacio Winkler da Silva
Av. Fernão Pires
zona norte ^{centro} Belo Horizonte
horacio.winkler@uol.com.br

39th 4th 318.05 ligulation
SN base
base 63100.000
(88) 90231.3850

14180 DE 1998 A 2000: MUNSALE E DADOS BANCÁRIOS

Brothers CE 23 August 2018

+ Francesca Lissina da Sibio

A rectangular stamp with a double-line border. The text "SABEMI SEGURODORA S/A" is printed in a slanted, bold font along the top edge. In the center, the date "21 MAR 2018" is stamped in a slanted, handwritten-style font. At the bottom, the word "RECEBIDO" is printed in a slanted, bold font.



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:

391.311.318-05

Nome completo da vítima:

Francisco Lainhois da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Francisco Lainhois da Silva

CPF:

391.311.318-05

Profissão:

Bracelete

Endereço:

Rua Dom Rosário

Número:

311

Complemento:

Bairro:

Zona rural

Cidade:

Brejinho

Estado:

CE

CEP:

63700-000

E-mail:

FranciscoLainhois1607@hotels.com

Tel. (DDD):

(88) 99497-9386

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0947

CONTA:

321140

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0947

CONTA:

321140

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da 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.

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 da indenização

Local e Data: Brejinho - CE 30.03.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A.ROGO

X Francisco Lainhois da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 deve 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.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190267754
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Linhares da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Bom Rosario, S/N
Zona Rural Crateus CE CEP: 63700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 506788854
Data local do acidente: [20/08/2017]
Data local do exame: [06/06/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIANO; FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

Tratamento: RAFIA DE LESÃO FRONTAL. REALIZADA REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM

Data da Alta: 16/05/2019

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

LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO E DEFORMIDADE ESTRUTURAL

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

SEQUELA FUNCIONAL E ANATÔMICA GRAVE DO 4º DEDO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE E PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3369 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 16:45:41**
 Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 15:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA PRÓXIMA A LOCALIDADE ÁGUA**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA**
 Nascimento: **13/10/1978** CPF: **800.083.993-87**
 RG: **20072392376** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA**

Endereço: **SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
 Município: **CRATEUS/CE**
 País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99205-3165**

Histórico

Relata o noticiante que na data e hora acima especificado, estava em casa dormindo quando acordou com sua esposa aflita dizendo que o enteado do noticiante, JAMILSON ARAÚJO ALVES, 15 anos, havia pego a sua moto, uma NXR150 BROS ES, placa OSU3712, e em uma curva colidiu com outro motoqueiro; Que logo foi até o local do acidente, e lá estavam o enteado, um senhor de nome FRANCISCO CASIMIRO ALVES DE SOUSA como garupeiro e FRANCISCO LINHARES DA SILVA, condutor da outra moto; Que ligou para o Corpo de Bombeiros, este foi socorrer as três vítimas e os levaram até o hospital São Lucas, onde necessitou transferi-los para a cidade de Sobral-CE para realizar procedimentos médicos; Que procurou esta DRPC para informar que não permitiu que o enteado pilotasse a sua moto, já que estava dormindo; Que no dia do acidente estavam em sua casa, a sua a esposa MARIA HELENA ARAUJO PERES e FRANCISCO ERIVELTON ARAUJO que sabem que não houve o consentimento para que o JAMILSON ARAÚJO ALVES pegasse sua moto. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *mshbz*

MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco apreendido P. de P. e o enteado*

VISTO DO DELEGADO(A) : *ana paula alves scotti*

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300811-4

Fábio S. Pessoa
 Delegado de Polícia
 Mat. 300.99061-5



Autêntico, para os devidos efeitos, a presente
 cópia reproduzida do documento que me foi
 apresentado em Cartório pela parte interessada.
 Cartório:
 CRATEUS - CE
 Em 05 FEVEREIRO de 2018.

SABEM SEGURO 05 FEVEREIRO DE 2018
 Pág. 1 de 21 MAR 2018

Cel. Silvânia Batista Cavalcante - Oficial
 Fabiana Batista Cavalcante - Substituta
 Valciane Guedes Barros Pimentel - Substituta
 * SOBRELEVO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ANTONIO IVAN SABONI LOPES
 Escrevente Autorizado
 ARTOARIO CAVALCANTI / Ofício Registro de Imóveis
 * SOBRELEVO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3369 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 16:45:41**
 Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 15:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA PRÓXIMA A LOCALIDADE ÁGUA**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA**
 Nascimento: **13/10/1978** CPF: **800.083.993-87**
 RG: **20072392376** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA**
 Endereço: **SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
 Município: **CRATEUS/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99205-3165**

Histórico

Relata o noticiante que na data e hora acima especificado, estava em casa dormindo quando acordou com sua esposa afixa dizendo que o enteado do noticiante, JAMILSON ARAÚJO ALVES, 15 anos, havia pego a sua moto, uma NXR150 BROS ES, placa OSU3712, e em uma curva colidiu com outro motociclista; Que logo foi até o local do acidente, e lá estavam o enteado, um senhor de nome FRANCISCO CASIMIRO ALVES DE SOUSA como garupa e FRANCISCO LINHARES DA SILVA, condutor da outra moto; Que ligou para o Corpo de Bombeiros, este foi socorrer as três vítimas e os levaram até o hospital São Lucas, onde necessitou transferi-los para a cidade de Sobral-CE para realizar procedimentos médicos; Que procurou esta DRPC para informar que não permitiu que o enteado pilotasse a sua moto, já que estava dormindo; Que no dia do acidente estavam em sua casa, a sua esposa MARIA HELENA ARAUJO PERES e FRANCISCO ERIVELTON ARAUJO que sabem que não houve o consentimento para que o JAMILSON ARAÚJO ALVES pegasse sua moto. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Maíra Sidartha da Silva - MAT.: **301004-1-7**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Fábio S. Pessas

VISTO DO DELEGADO(A): ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: **300817-1-4**

*Fábio S. Pessas
Delegado de Polícia
Mat. 300.995951-5*

Autentico, para os devidos efeitos, a presente
reprodução do documento que me foi
apresentado em Cartório por parte interessada.
Assinado por:
CRATEUS - CE
Em Testimunha de verdade.

85 FEVEREIRO DE 2017

Impresso em: 22/08/2017 17:08:53

Silvana Barreto Cavalcante - Oficial
 Fabiana Barreto Cavalcante - Suboficial
 Valdirene Cesario Barreto Pinheiro - Suboficial
 Ofício Registro de Imóveis
 SOBRENTENDO COM SELO DE AUTENTICIDADE ANTONIO IVAN SABOIA LOPES
 Escrivente, Autorizado

CARTÓRIO CAVALCANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 560 - 401 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: NAO DELITUOSA
 Data / Hora da Comunicação: 31/01/2018 14:10:57
 Data / Hora da Ocorrência: 20/08/2017 15:00:00
 Endereço da Ocorrência: ESTRADA LOCALIDADE DE ÁGUA
 Complemento:
 Bairro: Município: CRATEUS/CE
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA
 Nascimento: 13/10/1978 CPF: 800.083.993-87
 RG: 20072392376 Orgão Emissor: SSP UF: CE
 Filiação: ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA

Endereço: SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA
 Bairro: ZONA RURAL CEP:
 Município: CRATEUS/CE
 País: BRASIL Telefone: (88) 99205-3165

Histórico

ADENTO AO B.O. 445-3369/2017

O noticiante pede o seguinte aditamento ao Boletim de Ocorrência supra:
 Que a moto pilotada pela vítima JAMILSON ARAPUJO ALVES por ocasião do
 acidente ali referenciado é a MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA
 OSU3712/CE, REGISTRADA NO NOME DE FRANCISCO APARECIDO PORTELA
 DE ALMEIDA (NOTICIANTE) e que a moto pilotada por FRANCISCO
 LINHARES DA SILVA é A HONDA/XRE 190, PLACA PNX9331/CE, REGISTRADA
 NO NOME DE FRANCISCO ERIVELTON VIEIRA SOARES; E nada mais a
 registrar.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PAULO MARTINS LOPES - MAT.: 151919-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-032-1204 ou 0800-037-1206.
Atenção: não é necessário que o beneficiário faça a declaração auditiva e de fato.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

* Deve ser feito o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso seja aplicável) nas regras. O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apesar o Representante Legal diverso acima: é só assinar no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da vítima:
Fernandes Viana dos Santos

CPF da vítima:
394 221 318-05 Data de Nascimento:
20.08.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

Telefone (DD-CE):

Declaro que o preenchimento que estou imprimindo é de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de cálculo do seguro de danos (DPVAT) (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assimilar uma das opções abaixo:

- Não houve cobertura do IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou**
 o preenchimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do seguro (DPVAT).
 o agente de perícia do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias para me entregar o resultado.

Concedi o direito de realização de exame em meu prédio de intenção do Seguro DPVAT, para a constatação de invalidade permanente causada por lesão grave - pelo autor de um acidente de trânsito - ato que esta declaração permite o prosseguimento da análise e a emissão do laudo de perícia que o todo laudo no Instituto Médico Legal (IML), mencionando, desde já, em me submetter a perícia médica iniciada no dia 21 de Março de 2018 para a correta avaliação da existência e abrangência do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 31 da Lei nº 6.194/74.

Quero esclarecer que a data de hoje a autorização para a realização dessa perícia não significa que não concordo com a comissão futura ao atingir o prazo de 90 dias e análogo de contestação, caso discordar de seu conteúdo.



Brasília, 23 de Fevereiro de 2018

Assinatura:

Fernandes Viana dos Santos

Campo 1 - Nome do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

391.311.318-05

Nome completo da vítima:

Francisco Lainhois da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Francisco Lainhois da Silva

CPF:

391.311.318-05

Profissão:

Encanador

Endereço:

Rua Dom Rosário

Número:

510

Complemento:

Bairro:

zona rural

Cidade:

Bretilis

Estado:

CE

CEP:

63700-000

E-mail:

Francisco.Lainhois.1607@uol.com.br

Tel. (DDD):

(88) 99497-9386

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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 OPCIÃO 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) |

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0947

CONTA:

321140

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0947

CONTA:

321140

(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 da 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 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. 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.

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:

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 da indenização

Local e Data: Bretilis - CE 30.03.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A.ROGO

X Francisco Lainhois da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 deve 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.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO



3511

ESTAÇÃO: CRATEús DATA: 20/04/14 N.º DA ASS.:
NOME: FRANCISCO LIMA LIMA DA SILVA
IDADE: 24 SEXO: F () M ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁGUA BRANCA
BAIRRO: ZONA RURAL

HORA DA OCORRÊNCIA: 15 15
CHEGADA AO LOCAL: 15 35
SAÍDA DO LOCAL: 15 45
CHEGADA AO HOSPITAL: 16 30
16 30

TIPO DE OCORRÊNCIA:

01. () ACIDENTE DE TRÂNSITO
02. () AGRESSÃO
03. () DESABAMENTO
04. () INTOXICAÇÃO

05. () AFOGAMENTO
06. () QUEIMADURA
07. () CHOQUE ELÉTRICO
08. () QUEDA

09. () MAL SÚBITO
10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
11. () JÁ REMOVIDO
12. () FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO:

COLISÃO ENTRE MOTOS

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO PÁLIDO CONGESTO NORMAL	QUENTE FRIA NORMAL	SECA ÚMIDA NORMAL
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE FRACO REGULAR	IRREGULAR AUSENTE	AUSENTE MÍNIMO MODERADO INTENSO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA RESponde A COMANDO RESponde A DOR SEM RESPOSTA	NORMAL CONFUSA ININTELIGÍVEL NENHUMA	CERTIFICO que a presente cópia concorda com o original respeitante. Dado REAGENTE SEM REACAO Crateús, 04/04/2017 CARTÓRIO MARTINS Bel. Edifício Apucarana I - Ceará Substituto Legal - Ceará Crateús - Ceará

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.: _____

PULSO: _____

FR: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: SUBFESTA DE TCE / FERIMENTO
CONVUSO DA REGIÃO FRONTAL CRANIANA / LACERADA NA
OSSO: PALMA DA MÃO ESQUERDA

OBSERVAÇÕES: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO
() OXIGÉNIO
() ASSIST. VENTILATÓRIO
() RCP
() ASSIST. OBSTÉTRICA

- () CURATIVOS
() BANDAGENS
() IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS
() FÉRULA DE TRAÇÃO
() LÍQUIDO EV:

- () PRANCHA LONGA
PRANCHA CURTA
COLAR CERVICAL
() OUTRO

11-04-2018

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
() INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO:

Monta moto

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

DR. COSTA (SD) EMILSON
SOCORRISTAS
SD GERALDO LIMA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000022140-6

Nr. Autenticação

BRADESCO13062019050000000002370099700000022140101250 PAGO



Esta é a segunda via de
FEV/2018

Endereço: Rua Antônio Soárez
que entra em conflito com o

Nº DO CLIENTE 3190246 4

VENCIMENTO 08/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo fixa: 0-30 kWh

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

30 0,34474 10,34

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão: 01/02/2018
Apresentação: 02/03/2018

Prev. Prox. Leitura

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
CDS: SALDO FATURA ANTERIOR

-21,72
11,38

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota* Valor da Imposta
ISENTO 0,00 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	4,34
TRANSMISSÃO	0,49
DISTRIBUIÇÃO	3,36
ENCAIXOS SETORIAIS	1,16
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,39

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo: 100% emissões pelo consumo de energia elétrica
Emissões de CO₂: 0,00 kg CO₂ | Comprador: Eletrobras (NCO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

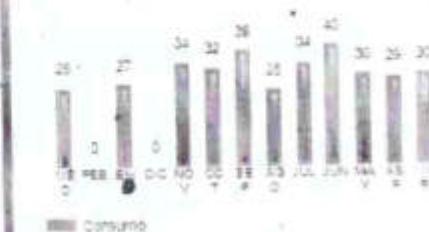
Veja a legenda no verso desta fatura CM: 4,73

Conjunto: CRATEUS

Mes: DEZ/ 2017

	Padrão Individual	Apuração Individual				
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	0,00	0,00	7,73
FIC (h)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	2,00
DMIC (h)	5,88			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Este é o seu número de cliente:

Nº do Cliente:
Data de Emissão:

3190246-4
26/02/2018

Nº da Nota Fiscal: 511297100
Referência: FEV/2018

Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



NOTA FISCAL

8003311-3

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

Nota criada para CEP 51.830

do 29 de outubro de 2003

Companhia Energética do Ceará

Av. Presidente Vargas, 180

CEP: 60126-000 | Fortaleza/CE

CNPJ: 02.047.251/0001-92 | CGF: 06.108.645-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 511580883

Rota 02 38000 03 013500 - 1 Data de Emissão: 02/02/2018

Nome: EVALDO GOMES VIEIRA

End. Postal: RUE SGT HERNINIO 01723-05 ALTO
CENTRO - CRATEU - 63700000

Medidor: 6791465

Posto: 0000 0000

Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO | Tarifa de Padrão

RG / CPF / CNPJ: 115516583-72 CGF:

Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência: Data da Agrossiação: Previsão Próxima Leitura: Fev/2018 02/02/2018 05/03/21

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vida e legenda do gráfico desse mês: Conjunto: 02/2017 Dado: 04,45

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota: Valor do Imposto: 61,62 17,00% 10,62

Item	Padrão Individual			Ajustado Individual		
	Mensal	Trm.	Anual	Mensal	Trm.	Anual
DIC	5,67	11,34	22,67	0,00	0,00	0,00
FIC	3,00	6,00	12,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	1,19			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lanç. Atual	Lanç. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Consum. Pct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP 33347	33257	1,00	90	0,00		0,6472	51,62
02/02/18	04/01/18		29.0165		90		61,62

DESCRICAÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES: 61,62
COB. SALDO FATURA ANTERIOR: 18,21

VENCIMENTO: 09/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$): 79,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Item	Valor
Consumo	61,62
Impostos	10,62
Outros Encargos	1,00
Encargos Sist. Pct.	0,00
Tarifa (R\$/kWh) FIC	0,6472
TOTAL	79,83

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Consumo (kWh)	120	80	150	160	150	140	150	150	150	150	110	120

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Capacidade Ecológica (tCO₂)

38,90

0,00

0 100

100% da sua emissão de CO₂ é compensada.Aviso de Débito Vencido:
Informamos existir débito vencido com acréscimo (juros) de R\$ 0,00
dóis no valor de R\$ 2,00 (dois reais). Seu fornecimento de energia pode ser
suspensa em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não
paga.Débito Anterior:
R\$ 0,00 12/2017 120,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Aviso de Débito Vencido:
Informamos existir débito vencido com acréscimo (juros) de R\$ 0,00
dóis no valor de R\$ 2,00 (dois reais). Seu fornecimento de energia pode ser
suspensa em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não
paga.Débito Anterior:
R\$ 0,00 12/2017 120,00

Consta desta fatura R\$ 2,00 referente a F10 e C0F10. Aliado a: P10(0,00) + C0F10(0,00)

Total a Pagar: R\$ 0,00 - R\$ 0,00 = R\$ 0,00 - R\$ 0,00 = R\$ 0,00

Para o mês de Janeiro/18 a pendente é de R\$ 0,00. Seu custo adicional: R\$ 0,00 os consumidores.

21 MAR 2018

RECEBIDO

NP do Cliente: 8003311-3 Referência: Fev/2018
Data de Emissão: 02/02/2018 Total a Pagar (R\$): 79,83
NP da Nota Fiscal: 511580883 NP de Controle: 0008003311 00014 39162 94

8383000000-4 79830031000-0 00080033110-9 00143916249-0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Eu, Francisco Mihara da Silva,

RG nº 50.678.885-4, data de expedição 02/07/09,

Órgão SSP CE, CPF nº 391.399.318-05,

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. ACM Rondon</u>
Número	<u>510</u>
Apto/Complemento	<u>loca</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Intiú</u>
Estado	<u>Rio Grande do Sul</u>
CEP	<u>63700-000</u>
Tel. de contato	<u>(89) 99197-9386</u>
E-mail	<u>Francisco.Mihara.1607@uol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Intiú - CE 26.03.2019

Francisco Mihara da Silva

Assinatura do Declarante



Esta é a segunda via de

MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 564184574
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro 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

Rota: 22 038006 01 055000
Nome: LUIZA LINHARES COSTA
Endereço Postal

Medidor: 2128892
Poste: 0000 0

Nº DO CLIENTE

3190246

4

VENCIMENTO

09/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

36

0,35702

10,71

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-32,83

MULTA MORATÓRIA

0,21

COS. SALDO FATURA ANTERIOR

21,91

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Clique na VISA/MASTERCARD para confirmar a sua conta no seu cartão de crédito.

ENTENDENDO Sobre HERINHA

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:
Data de Emissão:

3190246-4
26/03/2019

Nº da Nota Fiscal: **564184574**
Referência: **MAR/2019**

Total a Pagar (R\$): **0,00**
Nº de Controle:

End. da Unidade: PV BOM ROSARIO 00000 BOM ROSARIO CRATEUS 63700000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ: 286.100.913-68 CGF

Classe: B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência: 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leritura Atual Leritura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

9	0	30
5783	5774	1

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/	Prev. Próxima
Apresentação	Leitura
02/04/2019	02/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E435.6665.1F2A,60AF,3E99,1028,9AE1,520B

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	5,67
TRANSMISSÃO	0,60
DISTRIBUIÇÃO	3,22
ENCARGOS SETORIAIS	0,86
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,36

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

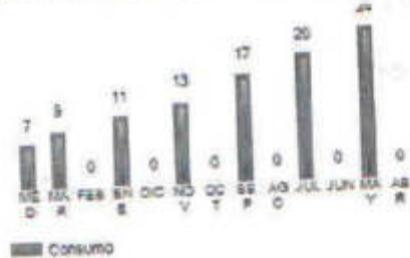
Veja a legenda no verso desta conta: CM: 5,03

Conjunto: CRATEUS

Mês: JAN/ 2019

Padrão Individual		Apuração Individual
Mensal	Trim.	Trim. Mensal
10,73	21,46	42,92 0,00
DIC (h)		0,00 0,00
FIC (un)	15,04	30,09 0,00
DMIC (h)	5,78	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nº de Inscrição:

027600280

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARINE VIEIRA GOMES
End. Lítrica: AV SGT HERMILIO, 1720, R. CENTRO
Cidade: CRATEUS

CEP: 63700-000

End. Entrega:

Cidade: Local: 029 Série: 009 Quadra: 0027 Lote: 0108 CEP: 0001
Salto: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS
Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | PÚBLICO: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDOR

Serviço	Medidor	Litura Anterior	Litura Atual	Volumen(s)	Média Semestral(s)
AGUA	000F001027	002	002	0	0

DATAIS:
Litura Atual: 11/02/2019 | Litura Anterior: 11/01/2019 | Data da Litura: 13/03/2019 | Lata Exigida:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostra	Capa	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
1	051	051	010	051	051
2	051	051	011	051	051
3	051	051	011	051	051
Total					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
PARCELAMENTO DE DÉB	2.24	27,02	Métrico	Água (m³)	Resíduo (m³)

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO:		SUBSÍDIO		Valor (R\$)
Descrição		Descrição		
PIS		VALOR DO SERVIÇO		27,02
COFINS		VALOR DO SUBSÍDIO		0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR		27,02
MÊS/ANO		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2019		07/03/2019		27,02

ONDE PAGAR SUA FATURA: 1. 352987053941280 L: 0460 H: 09: 53: 37 R: 016 P: 001

Banco: Banco do Brasil, Itaú, Bradesco, Sicredi, Sicob, Banco do Brasil, 7.200
Econômico, Itaú, Santander, Valebrasa, Caixa, Caixa Digital.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua conta. Acesse este serviço, Clique: [aqui](#)



É obrigatório manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidade Reguladora: ANPDR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. Comitê Localizado: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Compartilhados do Estado do Ceará 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Sítio da ARCE: www.erce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Central da Cagece: 3101-1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE		352987053941280 - 0-160		Mês/Ano:
Inscrição:	027600280	Código de Recuperação:		
Local: 029	Série: 009	Quadra: 0027	Lote: 0108	Cep: 0001
Salto: 00	Subquadra: 00			

Cidade: CRATEUS Vencimento: 07/03/2019 Total (R\$): 27,02

82600000000 6-27020008600 1 02760028901 4 02011322015-4



Para mais informações, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (021) 3204 ou 0800 321206 ou envie e-mail para 321206@lider.com.br

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento do formulário é parte integrante do processo de fiscalização do sinistro, conforme estabelece a Circular Circular 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular Circular 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras que participam 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, entretanto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Quando a pessoa que é beneficiária do seguro DPVAT recusa fornecer informações de profissão e renda, o segurador deve recusar o pagamento da indenização. COAF - Instituto de Inteligência Financiera do Brasil (Brasil - Fazenda) não permitirá que a indenização seja paga, quando a pessoa que é beneficiária do seguro DPVAT recusa fornecer as informações de profissão e renda.

Marina Viana Lopes inscrito (a) no CPF 030.511.693-96
e no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do Beneficiário **Francoise Barbosa da Silveira** inscrito (a) no CPF sob o nº 391.311.318-05
Francoise Barbosa da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o nº 391.311.318-05
conforme
Circular Circular Susep 445/12

Assinatura: _____ Renda: _____ e apresentou os documentos comprobatórios

A respeito de:

Confirmando que, no ato da assinatura e apresentação de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anotando a prova no correspondente ao endereço informado.

I - declara-se que a validade da presente declaração (aplicação da sanção penal prevista no art. 296 do Código Penal).

Av. Sampaio Vaz Minas
lote 100 lote
Maracanã 216 apres.com.br

1723 lote
CE 63100-000
(81) 99231-3850

06/03/2018 25 de Março de 2018

Marina Viana Lopes
Assinatura do beneficiário

SABEMI SEGURADORA S/A
21 MAR 2018
RECEBIDO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorralider.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) 0800 033 12 04

Capital 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

Eu, grande envidia Viver, Sonhar

RG nº 3009098024633, data de expedição 15/10/08

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 603.194.543-25

com domicílio na cidade de Brasília no Estado de DF, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Brasília.

Pr. lipídica de enzima, sit. Sta. Intensidad lipídica, nº 510

complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Fernando Henrique de Sávio, cujo o condutor era

Espresso Kaffee da Silva

Veículo: Moto Modelo: Yamaha YXR 190 Ano: 2016

Placa: PMX 9331 - Chassi: 9C2M0H1004R0050600

Data do Acidente: 30/09/17

Data do Acidente: 30/09/17

Digitized by srujanika@gmail.com

Local e Data: 01/03/2014 - 06 27.03.2014

© 2014 Pearson Education, Inc. All Rights Reserved. May not be copied, scanned, or duplicated, in whole or in part. Due to electronic rights, some third party content may be suppressed from the eBook and/or eChapter(s). Editorial review has determined that any suppressed content does not materially affect the overall learning experience. Pearson Education, Inc. reserves the right to remove additional content at any time if subsequent rights restrictions require it.

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



RECONHECO A(S) FIRMA(S) Por
Referência de: Francisco
Ericlton Lúcio Lemos
“”

Dou fé.
Crateús 27 MAR 2019
Em testemunha Cláudia da verdade
Cláudia

ATÓRIO MARTINS
da Gorjati Atuaquaque Nascente
2^ª TABELA
CATÉUS - CEARÁ

Guia de atendimento - EMERGENCIA
DADOS DO PACIENTE

Prontuário 126487	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO LINHARES DA SILVA		CNS 708404266737560	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 394.244.318-05				Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 12/08/1979		Local CRATEUS/CE			Idade 38 Ano(s)
Pai JOSE JOAQUIM DA SILVA		Mãe LUIZA LINHARES DA COSTA			
Endereço CAMPO BOM ROSARIO, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTOR		Empresa		Cônjugue	
Responsável FRANCISCO APARECIDO PORTELA		CPF do Responsável	Endereço CAMPO BOM ROSARIO, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/08/2017	Hora 16:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento NAILTON GREYEK DE CASTRO FERNANDES		CRM/UF 9575/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE		
Observação				
Síntesis Vitais		Data/Hora Liberação / / 85	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)
				PA (mmHg)

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

Pedi um u m u m u n a n o t a . (111) C
 e f l u m d -
 M a n o , f r a n c o t h u n
 0 2 0 2 .
 f u r u m u .



RECEBIDO

Dr. Nailton Greyek de Castro
 Médico
 CRM-CE 9575

NAILTON GREYEK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575

Ab 16:35 horas de 20/08/2017 paciente com dor de regia
 dorsal, evitando se sentar ou deitar devido ao desconforto e dor.
 Fazendo medicamentos comentei o paciente sobre a possibilidade de
 transferir para Emergência P/S. Sobre isso o paciente disse que
 iria transferir para Emergência P/S Sobre isso o paciente disse que

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO APARECIDO PO

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO VIANNEZ DA SILVA
CPF e/ou RG: 394.242.318-05

Informações do Acidente

Data do acidente: 20/08/2017

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometido(s):

VÍTIMA DE LESÃO CONTUSA EM FACE À GSO, TRAUMA EM OMBRO GSO. E FRACTURA DE 4º QUIRORECTICO GSO.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

ANALGÉSIA CLÍNICA, MIGRAZINA, AVIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, INTRODUÇÃO HOSPITALAR E OSTEOSÍNTESE DE 4º QUIRORECTICO GSO.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 4º QUIRORECTICO GSO, COM NAOUNAMÉNTO OSSO COXO, DOR E COXIM NOS MÍNIMOS MOVEDIMENTOS OSFORÇOS; LESÃO ANATÔMICA EM OMBRO GSO, COM DOR NOS MOVEDIMENTOS INTENSOS OSFORÇOS

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de Junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1º Lesão: FRACTURA DO 4º QUIRORECTICO GSO.

Marque o percentual: 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100% Completa

2º Lesão: TRAUMA MUSCULAR E CONSÍNTEO DO OMBRO GSO.

Marque o percentual: 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100% Completa

3º Lesão:

Marque o percentual: 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100% Completa

4º Lesão:

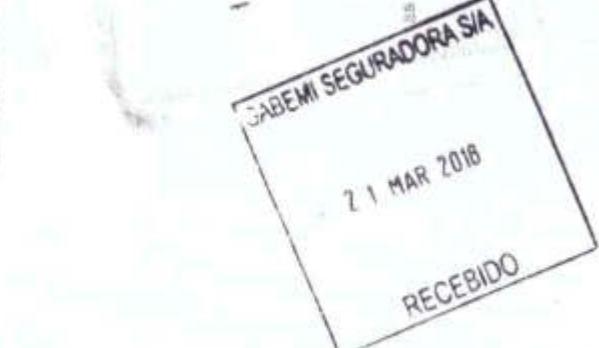
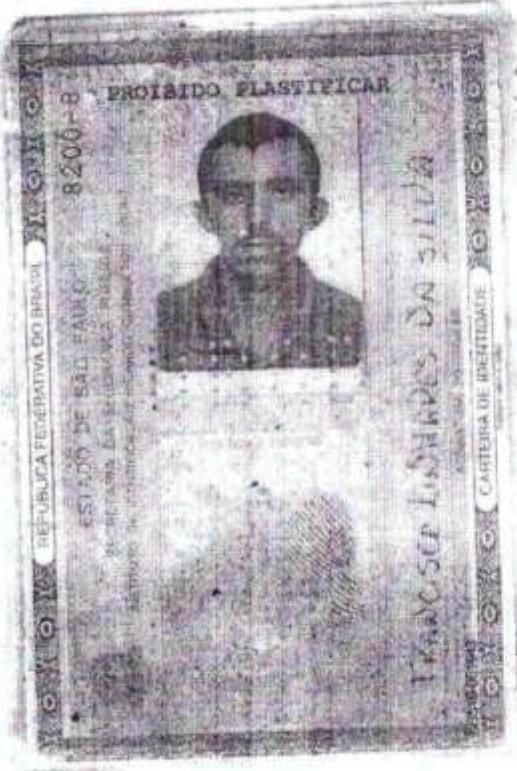
Marque o percentual: 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa 100% Completa

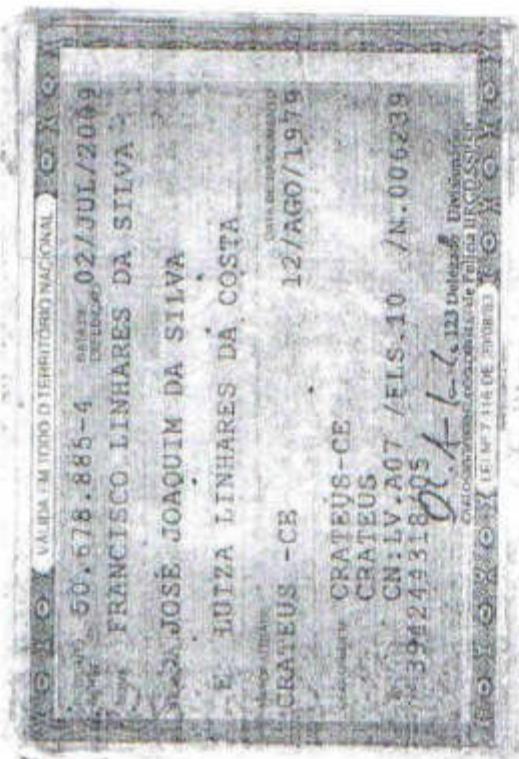
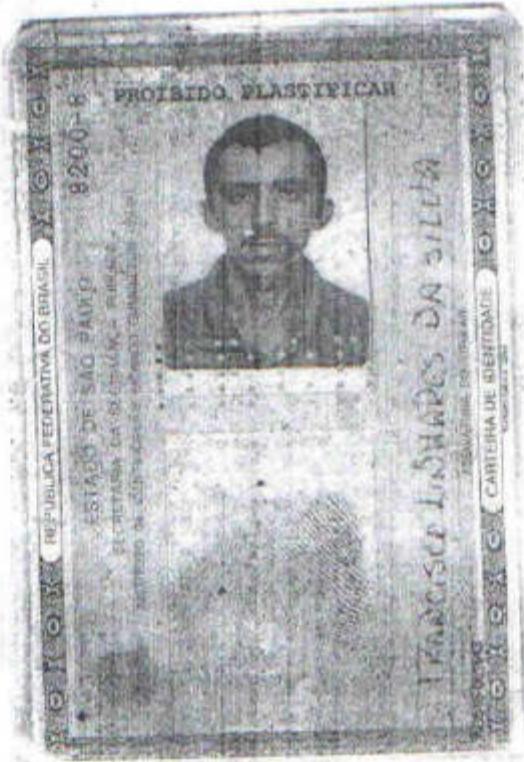
16-05-19, CRACUS-CC

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Vianez da Silva
Assinatura da vítima

Clayton Freire Melo Pinto
MÉDICO
CRM 19150





CÓDIGO DE CORRIGE
09FA.5A44.8E9E.5A74

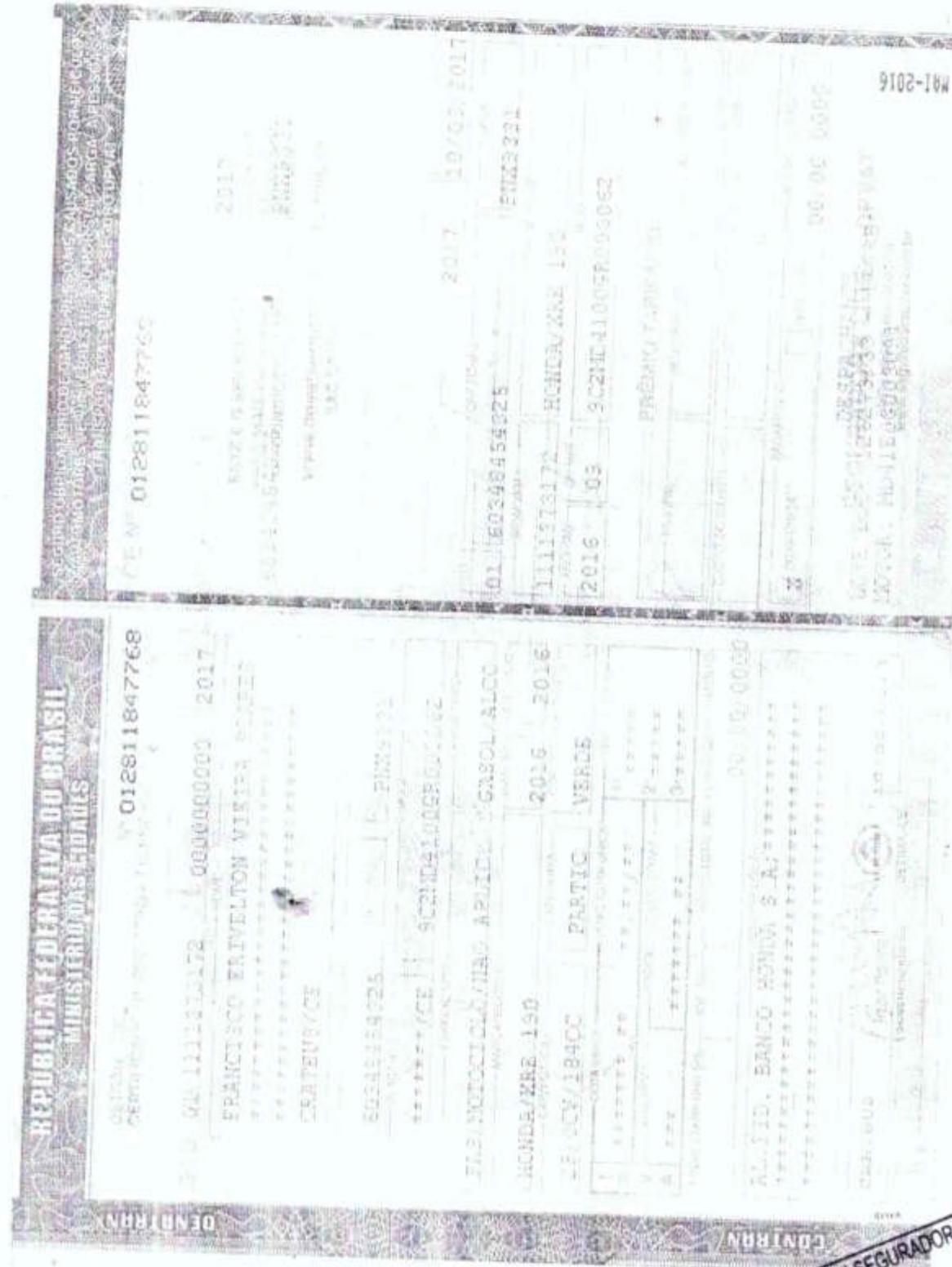
A utilização deste conteúdo, no entanto, deve ser feita na internet, no endereço www.scielo.br.

www.reco.ufrgs.br
Comitê ovulação estimada pelo
Sociometria da Faculdade Federal do Rio Grande do Sul
Sociometria da 27/09/2012 (hora e data de Brâmbola)
do dia 27/09/2012 ao dia 08/10/2012 (hora e data de Brâmbola)

Nascimento
12/08/1979
VISÃO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI = REC. EM 09 ABR 2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

01811847768

OPEN RAN

SABEMI SEGURADORA S/A

71 MAR 2018

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267754 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO; FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO E DEFORMIDADE ESTRUTURAL
físico:

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267754 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO; FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO E DEFORMIDADE ESTRUTURAL

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267754 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL.
FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

DE FORTANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francoise Winkens de Silveira

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Profissão: Administradora

Identidade: 50.678.385-4 CPF: 394.311.311-05

Endereço: Rua Dom Bosco n° 310 Bairro: Zona Rural

Cidade: Batatais CEP: 63100-000

DE FORTAGEDO: (Dados do Procurador)

Nome: Leone Winkens Júnior

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro

Profissão: Administrador

Identidade: 3003003007478 CPF: 030.311.693-96

Endereço: Av. São José 1000 n° 1423 Bairro: Batatais

Cidade: Batatais CEP: 63100-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu substituto procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indemnização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de: Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Lendo do IMI, Autorização de Pagamento de Indemnização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Francoise Winkens de Silveira.

Local: Batatais

1º LEI Data: 20 de 02 de 2018

Francoise Winkens de Silveira

Assinatura do Outorgante

(Requer-se firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



RECONHEÇU A(S) FIRMA(S) <u>LEON WINKENS JUNIOR</u>	
AUTENTICO(A)O(A) O(a) <u>LEON WINKENS JUNIOR</u> <u>LEON WINKENS JUNIOR</u>	
Data: <u>20/02/2018</u>	
Crateús <u>20 FEVEREIRO 2018</u>	
Em testemunho <u>LEON WINKENS JUNIOR</u> da verdade	



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francisco Wirkens da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Inquerito
Identidade: 30.678.384-4 CPF: 394.344.318-05
Endereço: R. Dom Rosário n° 510 Bairro: zona rural
Cidade: Itatiaia CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Henrique Viana Lemos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Advogado
Identidade: 2003003007478 CPF: 030.341.693-96
Endereço: Av. Senador Blumenau 123 Bairro: Itatiaia
Cidade: Itatiaia CEP: 63700-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de: Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IMI, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima: Francisco Wirkens da Silva.

Local: Itatiaia UF: RJ Data: 20 de 02 de 2018.

Francisco Wirkens da Silva

Assinatura do Outorgante.



(Preencher com a firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) POR AUTENTICAÇÃO DE FRANCISCO WIRKENS DA SILVA
Cartório 2018
Em testemunha: _____ da verdade Assinatura

CARTÓRIO MARTINS
Belém-Alfândega-Nascimento
Substituto Legal: CR4480/
Cartório: Ceará

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121537/19

Número do Sinistro: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CPF: 394.244.318-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 22/05/2019

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

CPF: 030.341.693-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS

CPF: 961.118.013-68

KARINE VIEIRA GOMES

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121537/19

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CPF: 394.244.318-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

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

FRANCISCO LINHARES DA SILVA : 394.244.318-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE VIEIRA GOMES

KARINE SANTANA ROMUALDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121537/19

Número do Sinistro: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CPF: 394.244.318-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 26/04/2019

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

CPF: 030.341.693-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS

CPF: 961.118.013-68

KARINE VIEIRA GOMES

HELANO OLIVEIRA SANTOS