

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180486057

Vitima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486057**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13493116



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Carta nº: 13502250

A/C: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180486057 ASL-0376816/18
Vitima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO
Data Acidente: 09/06/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/10/2018** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/06/2018** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

752.699.963-91

Nome completo da vítima

JOSE PIRES DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE PIRES DO NASCIMENTO		CPF titular da conta 752.699.963-91	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA SEBASTIÃO LOURENÇO		Número 118	Complemento
Bairro NUNCUNA	Cidade MARACANAÚ	Estado CE	CEP 60.000-000
Email			Telefone (DDD) 851 8526-0553

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<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"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>		D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MARACANAÚ 09 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

16 OUT. 2018

Jose Pires do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Paulo André Pontes de Lima



ASS: (170007703 718 588 600)

16 OUT. 2018

ASS: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 612 / 2018

Dados da Ocorrência

Governo do Estado do Ceará

SSPDS/Polícia Civil/DPM

28º Distrito Policial

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 15:09:37**

Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2018 10:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO**

Complemento:

Bairro: **MUCUNÃ**

Município: **MARACANAÚ/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE PIRES DO NASCIMENTO**

Nascimento: **12/03/1954** CPF: **752.699.963-91**

RG: **2016317581-5**

Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA PIRES DE SOUSA**

RAIMUNDO TAVARES DO NASCIMENTO

Endereço: **RUA SEBASTIÃO LOURENÇO, 118**

Bairro: **MUCUNÃ**

Município: **MARACANAÚ/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 98526-0553**

Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, SUBMETENDO-SE AS PENAS DO ART. 299, QUE PREVÊ QUE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVEA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVEA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, CONSTITUI CRIME PUNÍVEL COM PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. Diante disto declara que, na data e hora mencionados estava em sua bicicleta quando faltou freio e veio colidir em uma topic M. BENZ/LO915 NEOBUS TH de placa OCM3151, vindo a cair ao solo; QUE o veículo Topic evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE declara que não foi socorrido por SAMU, Ambulância, Corpo de Bombeiros, ou qualquer órgão semelhante e que não foi acionado perícia da Polícia Rodoviária; QUE declara que teve como testemunhas o Sr. Dionatan Mendes da Silva, CPF 032.379.143-39, telefone (85) 98668-8303, residente na Rua Raimundo Pessoa Araujo, casa 4904, Jaçanau, Maracanaú/CE e a Sra. Francisca Aldaila Alves Quintela, CPF 903.819.043-34, telefone (85) 98749-7458, residente na Rua Sebastião Lourenço, casa 651, Mirambe, Maracanaú/CE; QUE foi socorrido para UPA Dr. Alfredo Marques em Maranguape; QUE declara que sofrera escoriações, fraturou o dedo "midinho" da mão esquerda e um hematoma na cabeça. QUE NADA MAIS DISSE. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

16 OUT. 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE GLEIDSON PEREIRA RAMOS - MAT.: 300051-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Jose pires do nascimento

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 18/07/2018 15:24:08



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

Governo do Estado do Ceará

SSPDS/Polícia Civil/DPM

28º Distrito Policial



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 612 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Rm. Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Cartório Jurema - Tel: 05-3237-1870
Rm. Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Certifico que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original.
Da que dou fé. Caucaia-CE 28 de setembro de 2016

Selo(s): 103226-HU
FRANCISCO CLAUDIO FRANÇA DA SILVA - Escrivão
Caucaia
Carimbo 644738 Total R\$ 2,30 Pedido: 9

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

AUTENTICIDADE
Nº-HU 103226

QR CODE

WDTD

2016

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
TABELIÃO CLÁUDIA CARVALHO BEZERRA
Oficial
Cartório de Jurema
Caucaia
Paraná-Alagoas
(85) 3237-1870
(85) 8778-1318
Tabelião Rocha Franco
Escrivão Aut

85) 3237-1870
85) 8778-1318
Ivaniza Rocha Franco Barros
Escritora Autônoma

16 OUT. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. 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. Apenas o Representante deverá 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, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE PIRES DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

752.699.963-91

Data do Acidente

09/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

PAULO ANDRÉ PONTES DE LIMA

CPF do Representante legal

022.410.273-75

Email

PAULO.PLIMA@OUTLOOK.COM

Telefone (DDD)

85198215-1108

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MARACANAÚ, 09 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

LÍDER CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

Jose pires do nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Paulo Andre Pontes de Lima



Nome:	JOSE PIRES DO NASCIMENTO				
Estado civil:	C	Sexo:	M	DN	12/03/1954
Idade:	64 ANOS				
Nome da Mãe:	MARIA PIRES DE SOUSA				
Naturalidade:	CAUCAIA	RG:	SUS		
1,4444E+167	CEL AFRO CAMPOS N645	Fone:			
Bairro:	CENTRO	Complemento:			
Município:	MPE	Referência:			
Recepção:	JORGE FILHO	Enfermeiro (a):	RAQUEL	Data:	09/06/2018
				Hora:	11:06
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL () LEITO:					

Refere lesão em mão t + edema na região após colisão bicicleta x topô temporal

RAQUEL LOPES SANTOS
ENFERMEIRA
REN-CE 435.534

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
Peso: PA: 140/96 mmHg T: °C P: 71 bpm R: mrm DX: Spo2:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:
TRAUMA M.S.E. Distal
Mão - O3 N64

EXAME SOLICITADOS:
RAIO X
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Alta Médica () Alta a Pedido () Transferência: HMABM () Outros Hospitais () Óbito: -24h () +24h ()
Paciente Encaminhado:

Motivo:
X Antônia Prudon

Assinatura do Paciente ou Responsável Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1 - 200X M.S.E. - Distal		
2 - FROFENID - IM - 11:00		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
16 OUT. 2018

100718
Hanna das Fúlv

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE PIRES MACHADO

End. Entrega: RU SEBASTIAO LOURENCO, 115, PASSARE

Cidade: MARACANA

CEP: 03080-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 140

Setor: 083

Quadra: 0-130

Lote: 0-130

Comp: 0000

ECONOMIA

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semanal (m³)
ÁGUA	0077340802	004	005	1	5

DATAS

Leitura Atual: 20/09/2018

Deleção: 20/09/2018

Leitura Anterior: 030114

Leitura Anterior: 21/09/2018

Próxima Leitura: 22/10/2018

Leitura Exigida:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enchidas	103	103	030	103	103
Analisadas	111	111	110	110	110
Em conformidade	111	105	097	107	110

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 19 m³ ! META: 15 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	24,40	Mês/Ano Set/17 2 Out/17 0 Nov/17 0 Dez/17 0 Jan/18 3 Fev/18 5 Mar/18 7 Abr/18 11 Mai/18 14 Jun/18 5 Jul/18 9 Ago/18 1

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	TRIBUTOS	Valor (R\$)
PIS	0,23	VALOR DO SERVIÇO	38,70
COFINS	1,16	VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	24,40

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2018	08/10/2018	24,40

ONDE PAGAR SUA FATURA: 358162077602510 L: 0208 H: 14:58:05 R: 106 P: 001
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagafat.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3835.

Cagece
0800 275 0195

Cagece
155

CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS:

Nº DO CLIENTE

5541480-0

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 534403779

Rota 36 26021 04 001800 - 4 Data de Emissão 23/07/2018

Nome PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

End. Postal RU TEIXEIRA DE SOUSA 00091 00091 CS A

AMANARI - MARANGUAPE -

Medidor 4894684

Posto 0000 D385

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 022410273-75

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 23/07/2018

Data de Apresentação 23/07/2018

Previsão Próxima Leitura 23/08/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

IND. FORN. A

Mês

Jul-2018

EUGO 21,74

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 72,67

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 19,62

Padrão Individual

Mensal

Trim.

Anual

Mensal

Trim.

Anual

DIC

5,19

10,38

20,77

0,00

0,00

0,00

FIC

3,30

6,60

13,20

0,00

0,00

0,00

DMIC

2,94

0,00

0,00

0,00

0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FAT. 7870. EEE. 3030. D199. 0073. 8780. 8058

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 2294	2388	1,00	50	0,00	14	0,90745	72,67
23/07/18	22/06/18		31 DIAS		50		72,67

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	72,67
MULTA MORATORIA REF 04/2018	1,19
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	16,57
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,70)	

VENCIMENTO 05/09/2018

TOTAL PAGAR (R\$) 90,43

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	26,69
Transmissão	2,85
Distribuição	15,21
Encargos Setoriais	4,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	23,84
TOTAL	72,67

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Jul-18	50	72,67
Jun-18	47	42,75
Mai-18	90	81,67
Abr-18	85	76,63
Mar-18	91	82,38
Fev-18	84	76,23
Jan-18	104	94,38
Dez-17	82	74,41
Nov-17	86	77,65
Out-17	71	64,13
Sep-17	110	99,82
Ago-17	58	52,83
Jul-17	139	126,23
Jun-17	44	40,13

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

35,14

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%)

0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 158,42. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor (R\$)
04/2018	75,82
05/2018	82,60

Consta desta fatura R\$ 4,22 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 9 Inc. I Lei. 100-2009 - ANEEL e Inc. II, 10-677-02 e 10-923-03)

Estamos em Bandeira vermelha pagar 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.anel.gov.br

Nº do Cliente: 5541480-0 Referência: Jul/2018
 Data de Emissão: 23/07/2018 Total a Pagar (R\$): 90,43
 Nº da Nota Fiscal: 534403779 Nº de Controle: 0005541480 00061 39712 89

83820000000-2 90430031000-5 00055414800-5 00061397125506 SEG LTDA.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu PAULO ANDRÉ PONTES DE LIMA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022410.273-75, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PIRES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.699.963-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PIRES DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.699.963-91, 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 TEIXEIRA DE SOUSA</u>		Número <u>91</u>	Complemento <u>CSA</u>
Bairro <u>AMANARI</u>	Cidade <u>MARANGUAPE</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>61940-000</u>
Email <u>PAULO.PLIMA@OUTLOOK.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>185/98215-1108</u>

MARANGUAPE 09 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Paulo André Pontes de Lima
Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
16 OUT. 2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JOSE PIRES DO NASCIMENTO		Nome Social		Nº Prontuário 8140
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704108117380176	Data de Nascimento 12/03/1954	Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	Possui outro Convênio <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Nome da Mãe ou Responsável MARIA PIRES DE SOUSA			DDD	Telefone de Contato
Município de Nascimento CAUCAIA	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO	
Nº 160	Barro MUCUNA	Município de Residência MARACANAU	Código IBGE do Município 2307650	UF CE
Ponto de Referência	Documento Nº	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil	<input type="checkbox"/> PIS/PASEP	<input checked="" type="checkbox"/> Ignorado

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	-----------------	-----	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Prisão de ventre

Cenários que justificam a internação

Prisão de ventre

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Corrêa, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Prisão de ventre

Diagnóstico Inicial <i>Prisão de ventre</i>	CID 10 Principal <i>J60</i>	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notific. Compulsória
--	--------------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado <i>Prisão de ventre</i>		Código do Procedimento Solicitado
Código do Caráter de Internação <input checked="" type="checkbox"/> U/E <input type="checkbox"/> Eletivo	Clinica TRAUMATO ORTO	Leito Complementar
Equipamentos Requeridos para Internação		

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante CLAUDIOJOSE FERNANDES EUFRASIO			
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 16242688387	Nº do Conselho de Classe 4078	
Data da Solicitação 13/06/2018	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe		Data Desejada para Internação 13/06/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> ACID TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
<input type="checkbox"/> AC TRAB/TRAJETO			

Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado	
Nome do Profissional Autorizador	
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor M23C
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

ASS: _____

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

DR. CLAUDIO EUFFRÁSIO
ODONTOL. - TRAIAMAR/PA
CRM-CE: 4078

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIOS
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE PAUCARA-ABEMP
Rua João Corrêa, nº 363-Pauçara
CEP: 87.941-330
COORDENADOR
MARACANU-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

Ass:

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



Convênio: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO				
13/09/20	meio de 3 meses pós (F-ant-E) T3Rug			
17/09/20	Ave 1200			

16 OUT. 2018
LUGAR CORRETORA DE SEG. UDA.

COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE N. 363 Pajuçara
Rua João Conrado, N. 363 Pajuçara
CEP: 61.941-380
MARACANAÚ - CEARÁ

DR. CLAUDIO BRUNO
UNIVERS. T. MARACANAÚ
CRM-CE: 4078

FICHA DE ATENDIMENTO



Nome:	JOSE PIRES DO NASCIMENTO				
Estado civil:	C	Sexo:	M	DN	12/03/1954
Idade:	64 ANOS				
Nome da Mae:	MARIA PIRES DE SOUSA				
Naturalidade:	CAUCAIA	RG:	SUS		
1,4444E+167	CEL AFRO CAMPOS N645	Fone:			
Bairro:	CENTRO	Complemento:			
Município:	MPE	Referência:			
Recepção:	JORGE FILHO	Enfermeiro (a):	RAQUEL	Data:	09/06/2018
				Hora:	11:06

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL () LEITO: _____

Refere lesão em mão e + edema na região após colisão bicicleta x Topo temporal. *Raquel Lopes Santos ENFERMEIRA*
BREN-CE 435.534

EGA ALERGIA () NÃO SABE INFORMAR () ALERGIA A: Merocilina

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Peso: PA: 140/96 mmHg T: 36 °C P: 71 bpm R: 12 mrm DX: 12 Spo2: 98

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

TRAUMA M S E - Distal
NA - O3 NUL

EXAME SOLICITADOS:

RX

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

Alta Médica () Alta a Pedido () Transferência: HMABM () Outros Hospitais () Óbito: -24h () +24h ()

Paciente Encaminhado:

Motivo:

X Antônia Trindade

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1 - Dor X M S E - Distal		
2 - FARMACIA - IM - 11:00		
		<p><i>4000</i> <i>- 185 \$ S</i></p> <p>LIDIA CORRÊA DE SEG. LTDA.</p> <p>18 OUT 2018</p> <p><i>Handwritten signature</i></p>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE RECIDIVIDADE, LUBRIFICAÇÃO E PESSOAS ACIDENTADAS

Polgar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

CARTeira DE IDENTIDADE

Jose Pires do Nascimento

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016317581-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/2016

NOME: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO: RAIMUNDO TAVARES DO NASCIMENTO

MARIA PIRES DE SOUSA

NATURALIDADE: CAUCAIA - CE DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1954

DOC. ORDEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MIRAMBE TERMO: 62 FOLHA: 158 LIVRO: 8

01 CAUCAIA - CE CPF: 752.699.963-91

1 VIA

Ass. Gd. Jm M
ASSINATURA DO DIRETOR

RG: ANT: 1121651 P.: 33

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
16 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES

CE

NOVE
PAULO ANDRÉ PONTES DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. SP
2004013006219 SSPS CE

CPF
022.410.273-75 DATA NASCIMENTO
11/08/1987

NACIONALIDADE
JOSE ALDECY DE LIMA
TANIA MARIA PONTES DE LIMA

PERMANENTE
ACC
CATALAN

Nº REGISTRO
04142357906 VIGÊNCIA
08/05/2022 1ª EMISSÃO
16/07/2007

OBSERVAÇÕES

EAR;

Paulo André Pontes de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
10/05/2017

95577578605
CE159327334

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1474342697

PROIBIDO PLASTIFICAR
1474342697

LUIZA CORRETORA DE SEG. CTA.
16 OUT. 2018
ASS:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PIRES DO NASCIMENTO, Brasileiro (a)
Estado Civil CASADO, Profissão AGRICULTOR Inscrito com o Nº de RG:
2016317581-5 e CPF: 752.699.963-91 Residente e
domiciliado(a) à rua SEBASTIAO LOURENÇO
Nº: 118 Bairro: MUCUNA Cidade: MARACANAÚ
Estado: CEARA CEP: 60000-000 Fone: (85) 98526-0553

OUTORGADO: PAULO ANDRÉ PONTES DE LIMA
Inscrito com o Nº de RG: 2004013006219
e CPF: 022410.273-75 Residente e domiciliado na: RUA TEIXEIRA
DE SOUSA Nº: 91 Bairro: AMARARI
Cidade: MARANGUAPE; Estado: CEARA

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) JOSE PIRES DO NASCIMENTO, ocorrido em 09/06/2018.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório de
Jurema

MARACANAÚ, (CE), 28 de SETEMBRO de 2018

JOSE PIRES DO NASCIMENTO
OUTORGANTE

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Av. Dom Américo Lustosa 1378, Parque Alameda - Caucaia - Ceará - Cep 61.945-800 - Cartório: 08-3237-1870 - SPC 14.126.4

Cartório Jurema - Tel. 85-3237-1870
Ana Cláudia Carneiro Bezerra - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE (assinatura) de:
JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Da que deu fe. Caucaia-CE 28 de setembro de 2018
Selo(n): 419319

FRANCISCO CLAUDIO FACANHA DA SILVA - Escrevente
Carimbo: 644742 Total: R\$ 4,18 Pedido: 3
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DE FORTUNA
Nº CL 419319 - PZMN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
16 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376816/18

Vítima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

CPF: 752.699.963-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: JOSE PIRES DO
NASCIMENTO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

PAULO ANDRE PONTES DE LIMA : 022.410.273-75

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

JOSE PIRES DO NASCIMENTO : 752.699.963-91

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: 16/10/2018
Nome: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA
CPF: 022.410.273-75

PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA