

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

---

**Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190520138**

**Vítima: JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NEIO LUCIO FERRAZ PASSES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 004**

**Agência: 000000119**

**Conta: 000000124300-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190520138**

**Vítima: JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NEIO LUCIO FERRAZ PASSES**

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

**Senhor(a), JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

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

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 beneficiário (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Investiprev Seguradora S/A

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

069.824.233-52

Nome completo da vítima

JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Nome completo

JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

CPF titular da conta

069.824.233-52

Profissão

DESEM PREGADO

Endereço

PV ALAGADIÇO S/N - CANAAN - TRAIARI/CE

Número

S/N

Complemento

CASA

Bairro

CANAAN

Cidade

TRAIARI

Estado

CE

Email

ADRIANO PINHEIRO. ADV @ GMAIL.COM

Telefone (DDD)

85 99676-1388

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO DO NORDESTE DO BRASIL S.A

NRO.

004

NRO.

00119

NRO.

00124300

D/V

9

D/V

00124300

D/V

9

D/V

00124300

D/V

9

D/V

00124300

D/V

0012430

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

**Impresso nº 201988093****BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 561 - 255 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **06/02/2019 09:42:45**Data / Hora da Ocorrência: **16/06/2018 18:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro: **ALAGADIÇO**Município: **TRAIRI/CE**Ponto de Referência: **PEIXARIA DO SR. NALDO****Dados da(s) Vítima(s)****Investprev Seguradora S/A****06 SET 2019****CNPJ: 42.366.302/0001-28**Nome: **JOSE ROBÉRIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**Nascimento: **24/04/1992** CPF: **069.824.233-52**RG: **2006019140738** Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA ALBANISA DE LIMA****JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO**Endereço: **RUA ALAGADIÇO**Bairro: **CANAÃ**Município: **TRAIRI/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMX4377** Uf: **CE** Município: **TRAIRI** Chassi:**9C2KD0550ER350172** Renavam: **1040673489** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** AnoFabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **BRANCA** Proprietário: **CARLOS ANTONIO DA SILVA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

Afirma o declarante que no dia e hora supracitado, seguia na garupa da motocicleta acima descremada, conduzida por Carlos Antônio da Silva, pela Localidade de Alagadiço, Distrito de Canaã, Trairi/CE, quando o condutor perdeu o controle da motocicleta, ao colidir contra um veículo que invadiu a preferencial, vindo os dois a cair ao solo; QUE o condutor da motocicleta teve apenas alguns arranhões, enquanto o declarante afirma ter quebrado uma perna, sendo socorrido por um conhecido da região, conhecido por "Amor", que estava passando pelo local, que o levou ao Hospital Municipal de Trairi/CE, conforme boletim de atendimento apresentado; QUE o condutor da motocicleta possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria AB, CNH nº 06512441207 DETRAN/CE; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de CARLOS ANTÔNIO DA SILVA, filho de Antônio Carlos da Silva e Maria do Carmo Ferreira da Silva, portador do RG 141208087 SSPDC-CE, CPF 436.687.472-53, residente na localidade de Alagadiço, Distrito de Canaã, Trairi/CE e ROSIANE HOLANDA DE SOUSA, filha de José Valmir de Sousa e Irany Linhares de Holanda, portadora do RG 2007019039148 SSP-CE, CPF 040.037.653-97, residente no Povoado de Lavagem Grande, Distrito de Canaã, Trairi/CE. Nada mais disse///  
As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI



Impresso nº 201988093

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 561 - 255 / 2019

responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 ) do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 JOÃO BOSCO PEGADO PIRES FILHO - MAT.: 30118677

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

 MICHEL ANDERSON FONSECA DE MENEIROS - MAT.: 30119738  
Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

*TESTEMUNHAS:*

1. Carlos Antônio da silva

2. Rosiane Holanda de SOUSA

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

**JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

CPF da Vítima

**069.824.233-52**

Data do Acidente

**16/06/2018**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

Investprev Seguradora S/A

**06 SET 2019**

**CNPJ: 42.366.302/0001-28**

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

TRAIKI - CE, 14 de MAIO de 2019  
Local e Data

Jasi Rhioris corria

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



139

### FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 16.06.18	Horário: 18:53h	Paciente chegou: <input checked="" type="checkbox"/> Meios próprios <input type="checkbox"/> Ambulância			
Paciente: José Robério Ceneca Firmino					
Nome da Mãe: m <sup>o</sup> albanisa Seusa de Lima					
Idade: 26a	Sexo: M	Data de Nascimento: 24.04.92			
Escolaridade:	Cartão do SUS: 898002761572693	Profissão:			
Endereço: Alagadico	Bairro:				
Cidade: Trairi	Estado: ce	Atendente: Bach			
PA: _____ / _____ mmHg	T: _____ °C	Glicemia: _____ mg/dl	P: _____ Kg	Pulso: _____ bpm	SPO <sub>2</sub> : _____ %
Registro de Enfermagem:			06 SET 2019		
Trairi por quando			CNPJ: 42.366.302/0001-28		
Inversão pr. dno. Tomar			dose. de Fazendo		
OP: ATO			+ sutura		
+ Vai ná			+ Fátor.		
Diagnóstico:					
Exames Soltitados					
1.	2.	3.	4.		
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:					
DESTINO DO PACIENTE			DATA DA SAÍDA		HORA DA SAÍDA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito			
Motivo do Óbito:					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Flávia Regina dos Santos					

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00119

CONTA: 000000124300-9

---

Nr. da Autenticação 0ABDDF02FFF762ED



Esta é a segunda via de

**JUN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE** 5830190 **DV** 9

**VENCIMENTO** 12/06/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 103,66

**DESCRÍÇÃO DA CONTA**

	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
<b>ENERGIA</b>					
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,25962	7,78		
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,44508	31,15		
Consumo faixa 101-220 Kwh	55	0,66763	36,73		

**OUTROS PAGAMENTOS**

CORRECAO MONETARIA DO MES

JUROS DO MES

MULTA MORATORIA

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 1,46 )

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica %CO <sub>2</sub> )
01	100	

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 576417379

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07047251/0001-70 | 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 41 034081 02 087000	Medidor	Poste
Nome FRANCISCA REGINA DOS SANTOS	5376079	0000 0
Endereço Postal		

End. da Unidade PV ALAGADICO 00000 CANAAN TRAIRI 62690000  
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 030.985.453-99 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
27034	26879	1	155	0	155

**DESCRÍÇÃO DA CONTA** Quantidade Tarifa Valor (R\$)

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
31/05/2019	02/07/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do ICMS
75,66	27%	31,04

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	29,18
TRANSMISSÃO	2,31
DISTRIBUIÇÃO	17,15
ENCARGOS SETORIAIS	3,89
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	35,17

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

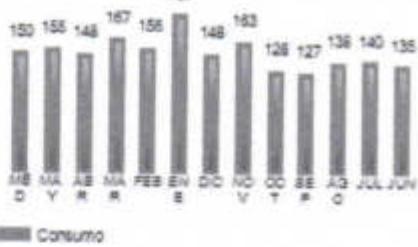
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 24,85

Conjunto: TRAIRI

Mês: ABR/ 2019

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Apuração Individual Mensal	Individual Trim.	Apuração Individual Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	3,26	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	3,00	0,00
DMIC (h)	5,58			1,90	

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



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 5830190-9 N° da Nota Fiscal: 576417379 Total a Pagar (R\$): 103,66  
Data de Emissão: 10/07/2019 Referência: JUN/2019 N° de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **576236959**  
 Companhia Energética do Ceará  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de  
**MAI/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**9145784** DV **0**

**VENCIMENTO**  
**25/06/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**0,00**

**DESCRIPÇÃO DA CONTA**

**ENERGIA CONSUMO**

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

51 0,78593 40,08

Medidor  
**756856**  
 Poste  
**00000**

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 19 034080 11 085800  
 Nome NEIO LUCIO FERRAZ PASSES  
 Endereço Postal

End. da Unidade ET BOA ESPERANCA 00016 00016 BOA ESPERANCA TRAIRI  
 Consumidora 62690000

RG / CPF / CNPJ 046.960.196-59 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado  
 903 852 1 51 0 51

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
28/05/2019	26/06/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A2B4.08B0.B525.336E.5E93.B09E.0425.3ED4

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	V
40,08	27%	10,82

Investprev Seguradora S/A

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	15,26
TRANSMISSÃO	1,21
DISTRIBUIÇÃO	2,03
ENCARGOS SETORIAIS	12,61
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	

06 SET 2019  
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

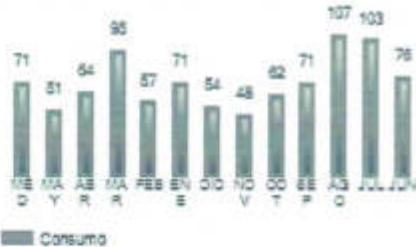
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,74

Conjunto TRAIRI

Mês MAR/ 2019

DIC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,19	10,38	20,77	8,08	9,95	0,00	
3,23	6,47	12,95	2,00	3,00	0,00	
2,94			5,55			

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



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9145784-0** Nº da Nota Fiscal: **576236959** Total a Pagar (R\$): **0,00**  
 Data de Emissão: **25/06/2019** Referência: **MAI/2019** Nº de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

<sup>1</sup>Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas; receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NEIO LUCIO FERRAZ PASSES inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.960.196 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ROBERTO CORREIA FERMINO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.824.033 / 52 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JOSE ROBERTO CORREIA FERMINO JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.824.933 / 52, 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		Número	Complemento
FT BOA ESPERANÇA		16	CASA
Estado	Cidade	CEP	
CE	TRAIKI	CEARÁ	62690-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
ADRIANO PINHEIRO. ADV@GMAIL.COM		(85) 996.76-1388	

TRAIKI - CE, 04 de Julho de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Carlos Antônio da Silva,

RG nº 3432080-87, data de expedição / /

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 436.687.472-53,

com domicílio na cidade de Traini, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sucena, Canaã, nº 511,

complemento 0, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Robírio Corrêa Firmino Júnior, cujo o condutor era

Carlos Antônio da Silva.

Veículo: PAS/Motociclo Modelo: HONDA/NXR JS0 BROS ES Ano: 2014

Placa: PMX 4377/CE Chassi: 9C2KD0550ER350972

Data do Acidente: 16/06/2018

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Local e Data: Canaã, Traini, Ceará 06/02/2019

Carlos Antônio da Silva

Assinatura do Declarante

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

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS	
CANAÃ - CE	
<input checked="" type="checkbox"/> Autêntica <input type="checkbox"/> Semelhança <span>a(s) firma(s) de</span>	
<u>Carlos Antônio da Silva</u>	
dou fé	
Canaã - Trairi/CE. <u>06</u> de <u>Setembro</u> de <u>2019</u>	
km resto <u>0</u> da verdade	
<u>ana paula dos santos rito</u>	
ANA PAULA DOS SANTOS RITO	
Subst.	
02	



Delânia CORRÊA  
Enfermeira  
COREN-CE 000000000000  
CEP 60.866-775

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE  
JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR  
CARGOS

NOME MÃE  
MARIA ALBANISA SOUSA DE LIMA  
ENDERECO  
RUA ADA PIMENTEL 931 JANGURUSSU  
CONTATO

OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEXA  
QUEDA DE MOTO  
INTOMAS  
NI

PESO  
NI KG  
TEMPERATURA  
NI °C  
CLASSIFICAÇÃO  
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL  
NI/NI  
ALEGBIAS  
NI

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO  
24/04/1992(26 ANOS)  
NOME RESPONSÁVEL  
NI  
MUNICÍPIO  
FORTALEZA

Nº DO PRONTUÁRIO  
5115005  
SEXO  
M

Nº DO BE  
289021  
RACIAÇÃO  
PARDO

UF  
CE

CEP  
60.866-775

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO  
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR  
99 (ADULTO)

SINAIS VITais

PULSO  
NI

GLICEMIA  
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
MARIA BENICE A SILVA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO  
10/07/2018 09:29:12

HORA DE ATENDIMENTO  
07 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

DT SOLICITADO

HC  SU  IUS ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIO-X \_\_\_\_\_  OUTROS

MÉDICAMENTO

PREScriÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*rx ferus 01/07/19*

TIPO DE ALTA/SAÍDA

SAÍDA  
DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO  ÓBITO:  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO:  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

*Dr. Bruno Mota*

*Ortopedia e Traumatologia*

*CRM-CE 11.735 / TECI 154*

Esse por MARIA BENICE A SILVA em 10/07/2018 09:29:12  
claro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*Regina das Santas*

JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

*CONFIRME COM ORIGINAL  
28/07/19  
JRC*

*2019-07-10 09:29:12-03  
HOSPITAL DISTRITAL BOM JESUS  
BARRA DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578  
Bom Jesus - CEP: 60.864-610*

1. portaria

Capa 1



139

### FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 16.06.18	Horário: 18:53h	Paciente chegou: <input checked="" type="checkbox"/> Meios próprios <input type="checkbox"/> Ambulância		
Paciente: José Robério Ceneca Firmino				
Nome da Mãe: m <sup>o</sup> albanisa Seusa de Lima				
Idade: 26a	Sexo: M	Data de Nascimento: 24.04.92	Nº do RG	Telefone
Escolaridade:		Cartão do SUS: 898002761572693	Profissão:	
Endereço: Alagadico		Bairro:		
Cidade: Trairi		Estado: ce	Atendente: Béah	Investprev Seguradora S/A
PA: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg	Pulso: bpm
06 SET 2019 %				
Registro de Enfermagem: CNPJ: 42.366.302/0001-28				

Trairi por quando volta  
toucação pr. dno. Tomar  
dente. *Dr. Fábio Vitorino  
Cirurgião Dentista*

Diagnóstico:  
Exames Soltitados  
1. 2.  
3. 4.  
AP: ATO  
+  
sutura  
+  
vai ná  
fábio.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:  
*Dr. Fábio Vitorino Cirurgião Dentista*

DESTINO DO PACIENTE			DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito		
Motivo do Óbito:				
Assinatura do Paciente ou Responsável: <i>Flávia Regina dos Santos</i>				

I SF 1000 ml 0,9% FV + 04 FA ~~1000ml~~  
EV, rápido

pequeno

II Dipivona 2:73 AD EV. 19/06/2019 327ml

D  
Dipivona 2:73  
04 FA  
1000ml

III Weynafus 100g + 100ml SF 0,9% EV. 20/06

IV Cefazolina 2g EV. 29/06

V Vanci fitato. 21/06

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

J  
Dr. Eng. Henrique Lettieri  
CREF/MEC 1047

Atta

J  
Dr. Fellipe Henrique Lettieri  
CREF/MEC 1047



## RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

jon fischer

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

53

INÍCIO DO TRATAMENTO.

10/07/18

DATA DA ALTA

16/07/18

DATA DO RETORNO

30/07/18

MÉDICO(A) PARA RETORNO

Dr. Paulo de Tasso C. G. C.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 1935

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

73067

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL:

fratura fibula

ACESSÓRIO 1.

ACESSÓRIO 2.

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS:

NL

### TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

### TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

Antit + fib

CONDIÇÕES DA ALTA:

CURADO



MELHORADO

PIORADO

ÓBTOS

OUTROS

### OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

16/07/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Grafite HDEBO-SAME-Relatório de Alta-04



TRAIRI | Estado do Ceará  
Município de Trairi  
Secretaria de Saúde  
2017 - 2020

## Receita de Controle Especial

### IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

1a. VIA FARMÁCIA  
2a. VIA PACIENTE  
  
CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
Endereço Completo e Telefone \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

1a. VIA FARMÁCIA  
2a. VIA PACIENTE

Paciente: José Roldão Cônico Firmino  
Endereço: Trairi  
Prescrição: Uso Oral

Prescrição:

Rx

Lipofenoxin 500 mg \_\_\_\_\_ 2240  
01 x 12/12h nos 10 dias.

16/06/19

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome \_\_\_\_\_  
Ident. \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome \_\_\_\_\_  
Ident. \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

Investprev Seguradora S/A  
06 SET 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Brasão do Município

ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: _____	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

1ª VIA FARMÁCIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE - ORIENTAÇÃO DO PACIENTE

Dra. Maria Rocha Costa  
CRM: 18.885

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: José Belênia Gomes Firmo Júnior

Endereço: Alagadiço

Prescrição: Uso Oral

① Cefalotina 500mg  
Tomar 01 cp de 6/6h por 10 dias

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data: 25 / 06 / 18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**  
**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810

Fone: (85) 3105.1560 | CNPJ: 07.855.044/0004-23

**TRAIRI**



Estado do Ceará  
Município de Trairi  
Secretaria Municipal de Saúde

2017 - 2020

PREFEITURA MUNICIPAL

**RECEITUÁRIO**

Paciente: Bei Jônico C. Trairião Júnior

Endereço: Av. Ado Guedel 931

Bairro: Jaquedá Fone: \_\_\_\_\_

Prescrição:

Deflazepam 10mg

30 comprimidos

Profenito 100mg

30 comprimidos

Nao PisaP

Dr. Júlio de Souza  
Ginecologista e Urologista  
04/1985

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

Identificação: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Dra. Marilena Costa  
CRM: 18.986

Ass. do médico - CRM

**Investprev Seguradora S/A**

**06 SET 2019**

**CNPJ: 42.366.302/0001-28**

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi -CE - CEP 62690-000  
Fone: 85 3351.1300- CNPJ:07.533.946/0001-62-CGF 06.920.238-9

Receituário médico

José Rosélio Corrêa Fluminense

Rx uso oral

1. Endovenil 10mg - uso contínuo de 4x/dia.

E-600

Rx uso oral

1. Endovenil 600mg - uso contínuo de 4x/dia.

7

Investprev Seguradora S/A  
06 SET 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

7/02/2018

Dr. Henrique Girão Martins  
Médico  
CREMEC 17052

7/02/2018  
Dr. Henrique Girão Martins  
Médico  
CREMEC 17052

7



FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	
Timon	Acaraí		
IDADE DE SAÚDE	35 Anos		
SEXO DO USUÁRIO	Homem		
DATA DE NASCIMENTO	24/12/1982	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
24/12/1982			
Solteiro		MÃE N <sup>o</sup> 1234567890	PROFISSÃO
ENDEREÇO	Av. 1234567890		
RENDIMENTO MÉDIO	<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 SM	<input type="checkbox"/> 1-3 SM	<input type="checkbox"/> 3-6 SM
INSTITUIÇÃO	Investprev Seguradora S/A		
		MAIS DE 6 SM	
06 SET 2019			
CNPJ: 42.366.302/0001-28			

ANAMNESE

( ) COQUELUCHE	( ) DIFITERIA	( ) HANSENIASE
( ) RUBÉOLA	( ) SARAMPO	( ) TUBERCULOSE
OUTROS		

GRAVOS DE RISCOS

( ) ALCOOLISMO	( ) ALERGIA	( ) CARDIOPATIA	( ) DIABETES
( ) D. MENTAL	( ) EPILEPSIA	( ) HEMOFILIA	( ) HIPERTENSÃO
( ) SIDA (AIDS)	( ) TABAGISMO		
OUTROS			

ANTECEDENTES FAMILIARES

( ) CÂNCER	( ) CARDIOPATIA	( ) DIABETES	( ) HANSENIASE
( ) HEMOFILIA	( ) HIPERTENSÃO	( ) TUBERCULOSE	
OUTROS			

DINAGÓES

POSIÇÃO	A PÓLIO	TRÍPLICE	A SARAMPO	BCG	A TETÂNICA
DATA					

ODONTOGRAMAS

EXAME	DIREITO	ESQUERDO																																																																
DATA	<table border="1"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>43</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>31</td></tr> <tr><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>21</td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>11</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>71</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>61</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>51</td></tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	43	47	46	45	44	43	42	41	33	34	35	36	37	38	39	31	23	24	25	26	27	28	29	21	13	14	15	16	17	18	19	11	71	72	73	74	75	76	77	71	61	62	63	64	65	66	67	61	51	52	53	54	55	56	57	51	
18	17	16	15	14	13	12	11																																																											
43	47	46	45	44	43	42	41																																																											
33	34	35	36	37	38	39	31																																																											
23	24	25	26	27	28	29	21																																																											
13	14	15	16	17	18	19	11																																																											
71	72	73	74	75	76	77	71																																																											
61	62	63	64	65	66	67	61																																																											
51	52	53	54	55	56	57	51																																																											
EXAME	<table border="1"> <tr><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr> <tr><td>48</td><td>49</td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td></tr> <tr><td>38</td><td>39</td><td>38</td><td>37</td><td>36</td><td>35</td><td>34</td><td>33</td></tr> <tr><td>28</td><td>29</td><td>28</td><td>27</td><td>26</td><td>25</td><td>24</td><td>23</td></tr> <tr><td>18</td><td>19</td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>71</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>61</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>51</td></tr> </table>	10	11	12	13	14	15	16	17	48	49	48	47	46	45	44	43	38	39	38	37	36	35	34	33	28	29	28	27	26	25	24	23	18	19	18	17	16	15	14	13	71	72	73	74	75	76	77	71	61	62	63	64	65	66	67	61	51	52	53	54	55	56	57	51	
10	11	12	13	14	15	16	17																																																											
48	49	48	47	46	45	44	43																																																											
38	39	38	37	36	35	34	33																																																											
28	29	28	27	26	25	24	23																																																											
18	19	18	17	16	15	14	13																																																											
71	72	73	74	75	76	77	71																																																											
61	62	63	64	65	66	67	61																																																											
51	52	53	54	55	56	57	51																																																											
DATA	<table border="1"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>43</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>31</td></tr> <tr><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>21</td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>11</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>71</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>61</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>51</td></tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	43	47	46	45	44	43	42	41	33	34	35	36	37	38	39	31	23	24	25	26	27	28	29	21	13	14	15	16	17	18	19	11	71	72	73	74	75	76	77	71	61	62	63	64	65	66	67	61	51	52	53	54	55	56	57	51	
18	17	16	15	14	13	12	11																																																											
43	47	46	45	44	43	42	41																																																											
33	34	35	36	37	38	39	31																																																											
23	24	25	26	27	28	29	21																																																											
13	14	15	16	17	18	19	11																																																											
71	72	73	74	75	76	77	71																																																											
61	62	63	64	65	66	67	61																																																											
51	52	53	54	55	56	57	51																																																											
EXAME	<table border="1"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>43</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>31</td></tr> <tr><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>21</td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>11</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>71</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>61</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>51</td></tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	43	47	46	45	44	43	42	41	33	34	35	36	37	38	39	31	23	24	25	26	27	28	29	21	13	14	15	16	17	18	19	11	71	72	73	74	75	76	77	71	61	62	63	64	65	66	67	61	51	52	53	54	55	56	57	51	
18	17	16	15	14	13	12	11																																																											
43	47	46	45	44	43	42	41																																																											
33	34	35	36	37	38	39	31																																																											
23	24	25	26	27	28	29	21																																																											
13	14	15	16	17	18	19	11																																																											
71	72	73	74	75	76	77	71																																																											
61	62	63	64	65	66	67	61																																																											
51	52	53	54	55	56	57	51																																																											
DATA	<table border="1"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>43</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>31</td></tr> <tr><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>21</td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>11</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>76</td><td>77</td><td>71</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td><td>61</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>51</td></tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	43	47	46	45	44	43	42	41	33	34	35	36	37	38	39	31	23	24	25	26	27	28	29	21	13	14	15	16	17	18	19	11	71	72	73	74	75	76	77	71	61	62	63	64	65	66	67	61	51	52	53	54	55	56	57	51	
18	17	16	15	14	13	12	11																																																											
43	47	46	45	44	43	42	41																																																											
33	34	35	36	37	38	39	31																																																											
23	24	25	26	27	28	29	21																																																											
13	14	15	16	17	18	19	11																																																											
71	72	73	74	75	76	77	71																																																											
61	62	63	64	65	66	67	61																																																											
51	52	53	54	55	56	57	51																																																											



Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

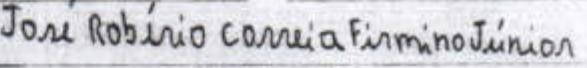
CNPJ: 42.366.302/0001-28

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2006019140738	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/08/2010
NOME <b>JOSE ROBÉRIO CORREIA FIRMINO JÚNIOR</b>			
FILIAÇÃO <b>JOSE ROBÉRIO CORREIA FIRMINO</b>			
MARIA ALBANISA SOUSA DE LIMA			
NATURALIDADE TRAIRI - CE	DATA DE NASCIMENTO 24/04/1992		
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MUNDAÚ TERMO: 4.280 FOLHA: 192-V LIVRO: A-5 TRAIRI - CE			
CPF	P.: 11		
2 VIA	Assinatura do Titular		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

	Polegar Direito	
		
Assinatura do Titular		
CARTEIRA DE IDENTIDADE		

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

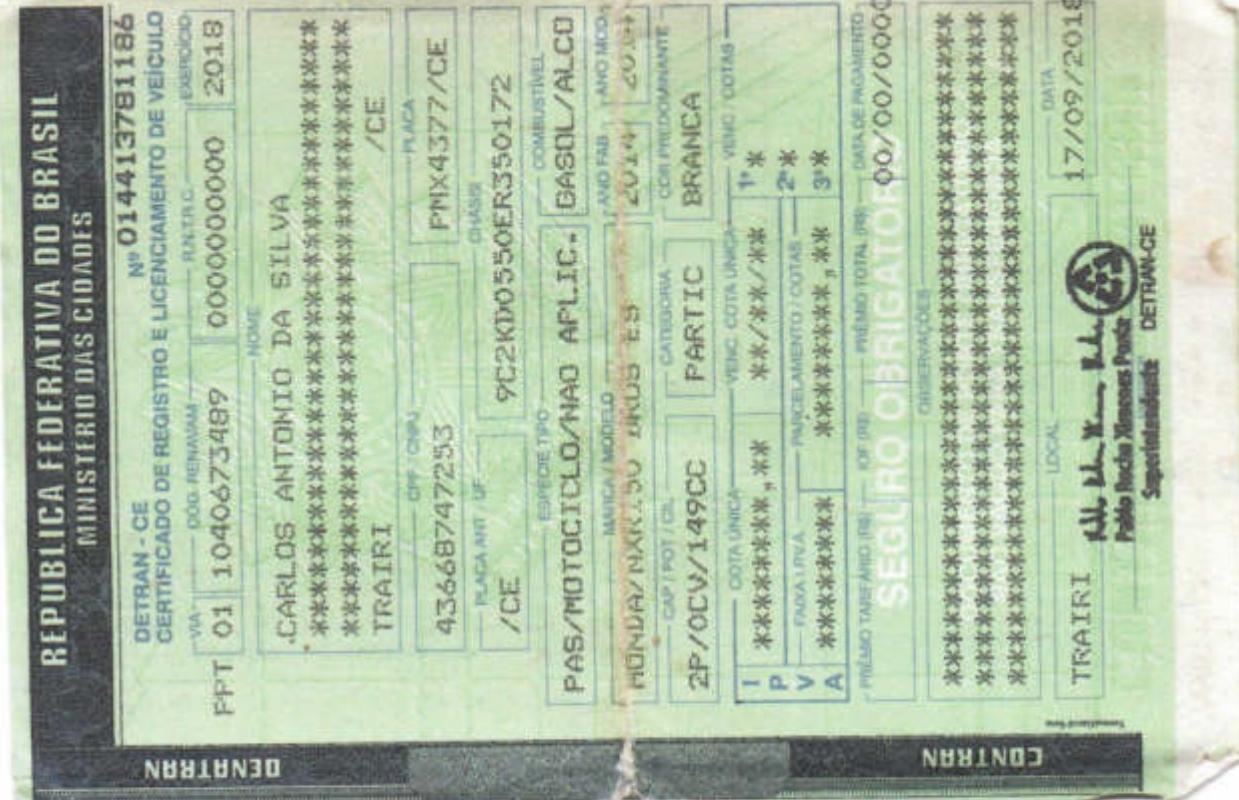


Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190520138      **Cidade:** Trairi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO      **Data do acidente:** 16/06/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
JUNIOR

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

**Data da análise:** 16/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA P.01/04/

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

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190520138      **Cidade:** Trairi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO      **Data do acidente:** 16/06/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
JUNIOR

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

**Data da análise:** 16/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA P.01/04/

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: DESEMPREGADO

Identidade: 9006019140738 CPF: 069.824.233-52

Endereço: PV ALAGADIGO - SIN - CANAAN

Train/CE.

**OUTORGADO: NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES**, solteiro, advogado, OAB/CE – 30.495, residente e domiciliado à Rua Boa Esperança, Carrapicho, nº 96, Trairi/CE, CEP 62.690-000.

CONTATOS: [adrianopinheiro.adv@gmail.com](mailto:adrianopinheiro.adv@gmail.com) – (85) 996761388).

Por este instrumento particular de PROCURAÇÃO, o(a) outorgante firmatário(a), confere ao advogado outorgado poderes para representá-lo(a) perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, substabelecerem e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima

JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR

**CLÁUSULA ESPECIAL:** o(a) outorgante, nesta oportunidade se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidas ao outorgado e anexas no procedimento administrativo.

Trairi/CE - 05 de Setembro de 2019.

José Robério corrêia Firmino Júnior  
OUTORGANTE

## OUTORGANTE

Investprev Seguradora S/A

06 SFT 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309460/19

**Vítima:** JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

**CPF:** 069.824.233-52

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/06/2018

**Titular do CPF:** JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NEIO LUCIO FERRAZ PASSES : 046.960.196-59

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

### JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR : 069.824.233-52

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019  
Nome: NEIO LUCIO FERRAZ PASSES  
CPF: 046.960.196-59

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

NEIO LUCIO FERRAZ PASSES

Antonia Daniella Ferreira da Silva