

**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, retorne 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



---

**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").

Investorev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>069.824.233-52</b>	Nome completo da vítima <b>JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR</b>
<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>		
Nome completo <b>JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR</b>	CPF titular da conta <b>069.824.233-52</b>	Profissão <b>DESEMPREGADO</b>
Endereço <b>PV ALAGADIÇO S/N - CANAAN - TRAIRI/CE</b>	Número <b>S/N</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>CANAAN</b>	Cidade <b>TRAIRI</b>	Estado <b>CE</b>
Email <b>ADRIANO PINHEIRO.ADV@GMAIL.COM</b>	CEP <b>62690-000</b>	Telefone (DDD) <b>85 99676-1388</b>
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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> <b>BANCO DO NORDESTE DO BRASIL S.A.</b> <b>004</b>	
<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <b>00119</b> <b>9</b> (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> <b>000124300</b> <b>9</b> (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.

TRAIRI/CE, 04 de JULHO de 2019  
Local e Data

José Roberto Correia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI



Impresso nº 201988093

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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**

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR**  
Nascimento: **24/04/1992** CPF: **069.824.233-52**  
RG: **2006019140738** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **MARIA ALBANISA DE LIMA**  
**JOSE ROBERTO CORREIA FIRMINO**  
Endereço: **RUA ALAGADIÇO**  
Bairro: **CANAA**  
Município: **TRAIRI/CE**  
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

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** Ano  
Fabricação: **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 descrita, 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

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI



**Impresso nº 201988093**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:** *João Roberto Carlos Firmino Junior*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MICHEL ANDERSON FONSECA DE MEDEIROS - MAT.: 30119738**

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

*TESTEMUNHAS:*

*1. Carlos Antonio 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. 6º da Lei nº 6.194/74.

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

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

TRAIRI - CE, 14 de MAIO de 2019

Local e Data

José Roberto Correia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará  
Município de Trairi  
Secretaria de Saúde

## FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 16.06.18 Horário: 18:53h Paciente chegou: (x) Melos próprios ( ) Ambulância

Paciente: Jose Roberto Conceia Firmine

Nome da Mãe: m<sup>te</sup> albanisa Sousa de Lima

Idade: 26a Sexo: M Data de Nascimento: 24.04.92 Nº do RG Telefone

Escolaridade: Cartão do SUS: 898002761572698 Profissão:

Endereço: Alagadiço Bairro:

Cidade: Trairi Estado: ce Atendente: Beah

PA: / mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO<sub>2</sub> %

Registro de Enfermagem:

História Clínica: Insônia por queda de humor

Diagnóstico: CP: A70 + sutura +

Exames Solicitados: Exames Solicitados

1. 2. 3. 4. Autor.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DESTINO DO PACIENTE DATA DA SAÍDA HORA DA SAÍDA

( ) Alta ( ) Transferência ( ) Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

X F<sup>te</sup> Regina dos Santos

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# 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





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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JUN/2019

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE  
5830190-9VENCIMENTO  
12/06/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
103,66

Rota 41 034081 02 087000

Medidor

Poste

Nome FRANCISCA REGINA DOS SANTOS

5376079

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV ALAGADICO 00000 CANAAN TRAIRI 62690000

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

## DESCRIÇÃO DA CONTA

## ENERGIA

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	0,72
JUROS DO MES	0,92
MULTA MORATORIA	1,40
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,42
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,62
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	12,92
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 1,46 )	

## DATAS DE LEITURA

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

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2FBC.D229.C455.B547.DB36.BE52.BFED.02BB

## ICMS

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

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CUMULADO

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

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

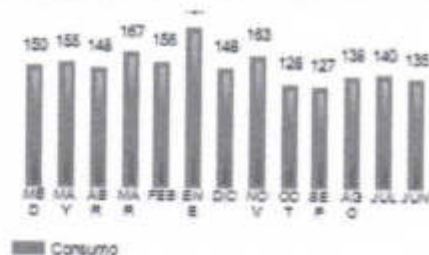
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 24,85

Conjunto TRAIRI

Mês ABR/ 2019

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

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° 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 00135-040 | 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 conoscoNº DO CLIENTE  
9145784 0VENCIMENTO  
25/06/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
0,00End. da Unidade Consumidora ET BOA ESPERANCA 00016 00016 BOA ESPERANCA TRAIRI  
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 903 Leitura Anterior 852 Constante 1 Consumo (kWh) 51 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 51

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	51	0,78593	40,08

## DATAS DE LEITURA

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

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

## ICMS

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

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

## OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -43,25  
INDENIZAÇÃO MENSAL DIC -1,35  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT 4,52  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,67)CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>) 0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

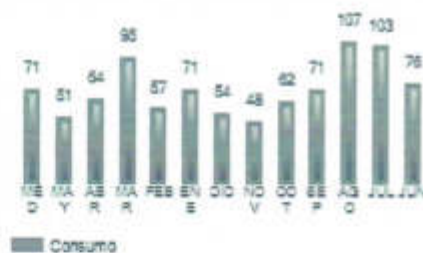
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,74

Conjunto TRAIRI

Mês MAR/ 2019

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	8,08	9,95	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	3,00	0,00
DMIC (h)	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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Peço exposto, eu NELO LUCIO FERREZ PASSES inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.460.196 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.894.933 / 52 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JOSE ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.894.933 / 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 <u>ET BOA ESPERANÇA</u>		Número <u>16</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>BOA ESPERANÇA</u>	Cidade <u>TRAIRI</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>62690-000</u>
E-mail <u>ADRIANO.PINHEIRO.ADV@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(85) 99676-1388</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 99676-1388</u>

TRAIRI - 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 Antonio 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)

Sucupira, Canaã, nº S/N

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

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

José Roberto Corrêa Firmino Júnior, cujo o condutor era

Carlos Antonio da Silva

Veículo: PM/Motociclo Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES Ano: 2014

Placa: PMX 4377/CE Chassi: 9C2KD0550ER350172

Data do Acidente: 16/06/2018

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Carlos Antonio 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

☒ Autêntica  
☐ Semelhança

Reconheço a(s) firma(s) de Carlos Antonio da Silva  
doutor    

Canaã - Traini/CE. 06 de Junho de 2019  
em testemunha da veracidade  
Ana Paula dos Santos Pinto  
ANA PAULA DOS SANTOS PINTO  
Subst. 02





Prefeitura de  
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

Delânio Silva  
Enfermeiro  
COREN-CE 11.111  
CPF: 4.710.904.11

SUS

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5115005	Nº DO BE 289021
NOME MÃE MARIA ALBANISA SOUSA DE LIMA		NASCIMENTO 24/04/1992(26 ANOS)		SEXO M	RACIA/COR PARDO
ENDEREÇO RUA ADA PIMENTEL 931 JANGURUSSU		MUNICÍPIO FORTALEZA		CEP 60.866-775	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/EGADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
ALERGIAS NI		SINAIS VITAIS		GLICEMIA NI	
RESPONSÁVEL PELO CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA		ÁREA ATENDIMENTO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/07/2018 09:29:12	

TIPO DE ATENDIMENTO  
U2 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Após acidente de moto há 20 dias com dor local  
RX: FRATURA PERNA DIR.  
ED: INTERNAÇÃO.

Portador de Sd Nefrótico

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

AGNOSTICO  
COD. PROCEDIMENTO  
CID

TESTE SOLICITADO  
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
Rx perna (D) AP+P			

TIPO DE ALTA/SAÍDA  
( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

ATÉ FORA DO ATENDIMENTO

Assinado por MARIA BENICE A SILVA em 10/07/2018 09:29:12

Declaro 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.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Bruno Mota  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 17.735 / REC 1.561

Fla Regina dos Santos  
JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

CONFERE COM ORIGINAL  
28/07/19  
Jeferson

5115005  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tereza Coelho, 1578  
Maracá - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Carimbo





# TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará  
Município de Trairi  
Secretaria de Saúde

## FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 16.06.18	Horário: 18:53h	Paciente chegou: (x) Melos próprios ( ) Ambulância
Paciente: Jose Roberto Conceia Firmine		
Nome da Mãe: m <sup>re</sup> albanisa Sousa de Lima		
Idade: 26a	Sexo: M	Data de Nascimento: 24.04.92
Escolaridade:		Profissão:
Cartão do SUS: 898002761572698		
Endereço: Alagadiço		Bairro:
Cidade: Trairi	Estado: ce	Atendente: Beah
PA: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl
P: Kg	Pulso: bpm	06 SET 2019 %
Registro de Enfermagem:		
História Clínica: Insônia por ansiedade, irritação por dor lombar direita.		
Diagnóstico: CP: A70 + sutura + vac. 09		
Exames Solicitados: 1. 2. 3. 4. Autov.		
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:		
DESTINO DO PACIENTE		
( ) Alta	( ) Transferência	( ) Óbito
DATA DA SAÍDA		
HORA DA SAÍDA		
Motivo do Óbito:		
Assinatura do Paciente ou Responsável: F. Regina dos Santos		

Investprev Seguradora S/A

CNPJ: 42.366.302/0001-28



I SF 1000 ml 0,9% EV + 04 FA Transamin  
EV na pido

II Dipirona 2:13 AN EV. 19:00 <sup>Com</sup> 327h11

Dr. Felipe Henrique Leão  
CRM 18.911

III clonazepam 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV. 20:45

IV clonazepam 2 mg EV. 20:45

V Varina 100 mg 21:15

Atla  
Dr. Felipe Henrique Leão  
CRM 18.911

Dr. Felipe Henrique Leão  
CRM 18.911

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de  
**Fortaleza**

## RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: <i>Paulo Tasso C. Castro</i>			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO <i>53</i>
INÍCIO DO TRATAMENTO: <i>10/07/18</i>	DATA DA ALTA <i>16/07/18</i>	DATA DO RETORNO <i>30/07/18</i>	MÉDICO(A) PARA RETORNO <i>Dr. Paulo de Tasso C. Castro</i> Ortopedia / Traumatologia CRM 1995

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

*9306*

Investprev Seguradora S/A

### DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: <i>Trafus fibr</i>	06 SET 2019
ACESSÓRIO 1:	CNPJ: 42.366.302/0001-28
ACESSÓRIO 2:	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS: <i>Ne</i>	

### TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

*Cirurgia*

### TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

*AINH e AIB*

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

### OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

*16.07.18*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

*[Assinatura]*



**TRAIRI**

PREFEITURA MUNICIPAL  
2017 - 2020

Estado do Ceará  
Município de Trairi  
Secretaria de Saúde

## Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo	UF
CRM	No.
Endereço Completo e Telefone	
Cidade	UF
Telefone	

1a. VIA FARMÁCIA  
2a. VIA PACIENTE

Dr. Felipe Norberto Lima  
Médico  
CREMEC 11.134

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Seri Robson Correia Firmino Junior  
Endereço: Trairi  
Prescrição: USO ORAL  
Px  
Ciprofloxacina 500mg — 20 cp  
01 cp 12/12h por 10 dias.  
76/06/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome			
Ident.	Órgão Emissor		
End.			
Cidade	UF		
Telefone			

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA



**TRAIRI**

PREFEITURA MUNICIPAL  
2017 - 2020

de Saúde

## RECEITUÁRIO

Nome: Seri Robson Correia Firmino

CNS:

Um Lópis

01Rx

Pullinger Leno aptado de 6/6h

Um Oval

F 204

01 Rx de 6/6h a dia

Dr. Felipe Norberto Lima  
Médico  
CREMEC 11.134  
Assinatura do médico - CRM

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  
Médica  
CREMIO-18.886

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: José Roberto Gomes Firmino Junior

Endereço: Alameda

Prescrição: Uro Dial

100mg

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	

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: 07.835.044/0004-23

Paciente: Frei Roberto C. Frutuoso Junior  
Endereço: Rua Ade Frutuoso 931  
Bairro: Jaqueline Fone: \_\_\_\_\_  
Prescrição: \_\_\_\_\_

Depressão 30 mg  
que tem na 2 de 6/12  
propriedade por 4  
que tem na 12/12/12

→ NÃO PISAR  
Dr. Paulo de Jesus Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
21/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo \_\_\_\_\_  
Identificação \_\_\_\_\_  
Órgão Emissor \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_



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: 07.835.044/0004-23

Paciente: Frei Roberto C. Frutuoso Junior  
Endereço: Rua Ade Frutuoso 931  
Bairro: Jaqueline Fone: \_\_\_\_\_  
Prescrição: \_\_\_\_\_

Depressão 30 mg  
que tem na 2 de 6/12  
propriedade por 4  
que tem na 12/12/12

→ NÃO PISAR  
Dr. Paulo de Jesus Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
21/10/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo \_\_\_\_\_  
Identificação \_\_\_\_\_  
Órgão Emissor \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Estado do Ceará  
Município de Trairi  
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Frei Roberto Correia  
CNS: \_\_\_\_\_

- colagenase para ont  
usar no local

Dr. Moisés Costa  
19/06/18  
11.986  
Ass. do médico - CRM

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOSÉ ROBERTO CORREIA FLEMINHO JUNIOR

Rx USO ORAL

1. Enalapril 10mg - uso cont  
Tomen 01 cp 1x/dia. E

E-600

2

27/02/2018

Dr. Henrique Girão Martins  
Médico

CREMEC 17052

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOSÉ ROBERTO CORREIA FLEMINHO JUNIOR

Rx USO ORAL

1. Enalapril 10mg - uso cont  
Tomen 01 cp 1x/dia.

2

27/02/2018

Dr. Henrique Girão Martins  
Médico

CREMEC 17052

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE - DIRSA



NÚMERO DO  
PROTÚRIO  
DATA

410  
23/02/20

### FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	
Travessa	Acadêmica		
UNIDADE DE SAÚDE	D.S. 5 - Lapa		
NOME DO USUÁRIO	Roberto Carlos Lima Junior		
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	PROFISSÃO
24/12/1992			Agricultor
ENDEREÇO		MÃE	Nº PES
Rua Fátima Lacerda		M <sup>te</sup> Albenice Lima Junior	
RECEITA MÉDICA	<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 SM	<input type="checkbox"/> 1-3 SM	<input type="checkbox"/> 3-6 SM
FAMÍLIAR			<input type="checkbox"/> MAIS DE 6 SM

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

#### 2 - ANAMNESE

##### 2.1 - ANTECEDENTES PESSOAIS

- |                                     |                                   |                                      |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> DIFTERIA | <input type="checkbox"/> HANSENIASE  |
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLA    | <input type="checkbox"/> SARAMPO  | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE |
| OUTROS                              |                                   |                                      |

##### 2.2 - GRAVOS DE RISCOS

- |                                      |                                    |                                      |                                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO  | <input type="checkbox"/> ALERGIA   | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES    |
| <input type="checkbox"/> D. MENTAL   | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> HEMOFILIA   | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO |
| <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> TABAGISMO |                                      |                                      |
| OUTROS                               |                                    |                                      |                                      |

##### 2.3 - ANTECEDENTES FAMILIARES

- |                                    |                                      |                                      |                                     |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÂNCER    | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA | <input type="checkbox"/> DIABETES    | <input type="checkbox"/> HANSENIASE |
| <input type="checkbox"/> HEMOFILIA | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE |                                     |
| OUTROS                             |                                      |                                      |                                     |

#### 3 - VACINAÇÕES

POS	A PÓLIO	TRIPLICE	A SARAMPO	BCG	A TETÂNICA
DATA					

#### 4 - ODONTOGRAMAS

1º EXAME DATA	DIREITO			ESQUERDO
2º EXAME DATA				
3º EXAME DATA				



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**069.824.233-52**

Nome

**JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**

Nascimento

**24/04/1992**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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  
JOSE ROBÉRIO CORREIA FIRMINO JÚNIOR

FILIAÇÃO  
JOSE ROBÉRIO CORREIA FIRMINO  
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

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



JOSE ROBÉRIO CORREIA FIRMINO JÚNIOR

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014413781186  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
EXERCÍCIO 2018  
PPT 01 1040673489 0000000000

NOME  
CARLOS ANTONIO DA SILVA  
TRAI RI

CPF / CNPJ 43668747253  
PLACA 4377/CE  
CHASSI 9C2KD0550ER350172

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.  
COMBUSTIVEL GASOL/ALCO  
MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES  
ANO FAB 2014  
COT. PREDOMINANTE 2014

CAP / POT / CL 2P/OCV/149CE  
CATEGORIA PARTIC  
BRANCA  
VENG. COTA UNICA 1\*  
PARCELAMENTO / COTAS 2\*  
3\*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000  
DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

TRAI RI  
LOCAL  
DATA 17/09/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014413781186 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
43668747253 PMX4377/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
014413781186 378287765

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 17/09/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 43668747253 PLACA PMX4377  
RENAVAM 1040673489 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES  
ANO FAB 2014 COT. PRET 9C2KD0550ER350172

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FND (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) DATA DE QUITAÇÃO  
00/00/0000

SEGURO DPVAT  
CNPJ 08.248.508/0001-28  
MOTOR: KD05E5E3501  
07284

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

07284  
PMX4377  
CÓD. RENAVAM  
1040673489

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 JUNIOR **Data do acidente:** 16/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## 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

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# 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
Total			7 %	R\$ 945,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: DESEMPREGADO  
Identidade: 9006049440738 CPF: 069.824.233-52  
Endereço: PV ALAGADIÇO - S/N - CANAÃ  
Trairi/CE.

**OUTORGADO: NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES**, solteiro, advogado,  
OAB/CE – 30.495, residente e domiciliado à Rua Boa Esperança, Carrapicho, n.º  
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 Julho de 2019.

José Roberto Correia Firmino Junior  
OUTORGANTE

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS  
CANAÃ - CE

Reconheço ☒ Autêntica ☐ Semelhança a(s) firma(s) de  
José Roberto Correia Firmino Junior dou fé  
em Trairi/CE, 05 de Julho de 2019  
Teste Ana Paula dos Santos Pinto da verdade  
Substituta

ANA PAULA DOS SANTOS PINTO  
Substituta

Investprev Seguradora S/A

06 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309460/19

**Vítima:** JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIC

**CPF:** 069.824.233-52

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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

NEIO LUCIO FERRAZ PASSES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Antonia Daniella Ferreira da Silva