

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

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190232596

Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190232596

Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190232596 **Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA**

Data do Acidente: 02/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEOMAR DA SILVA MOREIRA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003587**

Conta: **0000033668-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do anexo na ASL:	CEP da vítima:	Nome completo da vítima:		
	05943774304	Leonor da Silva moreira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Foderpco:	05943774304	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	20 casa	Estado:	CEP:
E-mail:		0000 0000	Tel. (DDD):	(88) 0000 8213

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR ATÉ R\$2.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, fale com uma opção)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3581

CONTA: 0033668

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar entre as opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disorde do seu conteúdo.

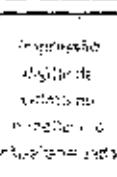
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGÓ

X Leonor da Silva moreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A Sua RGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, RG E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

RECEBEMOS

1º | Nome: _____

CPF: _____

02 JAN 2013

Assinatura: Maria Cecília F. Nobre

2º | Nome: _____

Corretora de Seguros Eric

CPF: _____

CNPJ: 21.401.722/0001-17

Assinatura: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

05943774304

CPF:

05943774304

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leonor da Silva maruca

Número:

20 sala

Profissão:

Autônomo

Endereço:

R

Bairro:

Fazenda

Cidade:

Juazeiro do Norte

E-mail:

Estado:

Ceará

CEP:

0000 0000

Tel (DDD):
(86) 99981-8213

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3587

CONTA: 0033668

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credêr na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, cotação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, sólito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 10.194/95, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos. Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem ao IML, sob esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

RECEBEMOS

26 MAR 2019

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 13/03/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eire
CNPJ:21.457.735/0001-0

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

X Leonor da Silva maruca

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

Impresso n° 2013394835

RECEBEMOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 438 - 14484 / 2018

02 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Correitora de Seguros Estadual
CNPJ 21.467.763/0001-12

Dados da Ocorrência

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LEOMAR DA SILVA MOREIRA
Nascimento: 06/08/1994 **CPF:** 059.437.743-94
RG: 20073742990 **Órgão Emissor:** SSP/CE
Filiação: MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA
MANOEL VICENTE FILHO
Endereço: RUA 03, 20
Bairro: FREI DAMIÃO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL **Telefone:**

115.

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HYS7924 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C2jA04108R037778 Renavam: 958827290 Tipo de Veículo: MOTONETA Marca / Modelo: HONDA/BIZ 125 KS Ano Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: MA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, supracitado, anexa cópia do CRLV, quando o cabo do acelerador da moto travou, de forma que não conseguiu frear, perdeu o controle do veículo e acabou colidindo com uma árvore; QUE A VÍTIMA NÃO É HABILITADA; QUE populares acionaram o SAMU, COPIA DA CERTIDÃO NARRATIVA ANEXA, e este compareceu no local do sinistro, levando a vítima para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI; QUE conforme O PRONTUÁRIO N° 165012 [COPIA ANEXA], a vítima foi diagnosticada com fratura de MMJI A D; QUE no dia 02/09/2018 fera submetido a tratamento cirúrgico de fratura/ lesão fisaria dos pododactilos e debridamento de úlcera/ de tecidos desvitalizados; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicita-lo, Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. E nada mais havendo, deu-se por

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



Impresso no 2018294035

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 14484 / 2018

encerrado o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Lidiane da Silveira Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300530-1-3

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Esell
CNPJ 21.487.733/0001-28

Daniels
2018/10/02
RECEBEMOS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2018294935

26 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

PLS

RECEBEMOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 14484 / 2018

Dados da Ocorrência

10/09/2018

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/12/2018 15:34:58**
Data / Hora da Ocorrência: **02/09/2018 00:45:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CAPITÃO COIMBRA**
Complemento:
Bairro: **PIRAJÁ** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **BANCO DO BRASIL**

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEOMAR DA SILVA MOREIRA**
Nascimento: **06/08/1994** CPF: **059.437.743-94**
RG: **20073742990** Orgão Emissor: **SSP/CE**
Filiação: **MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA**
MANOEL VICENTE FILHO
Endereço: **RUA 03, 20**
Bairro: **FREI DAMIÃO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

RECEBEMOS

UF:
P-00000

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

Telefone: **(88) 98809-8579**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYS7924** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JA04108R037778** Renavam: **958827290** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 KS** Ano Fabricação: **2008**
Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
MA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, supracitado, anexa cópia do CRLV, quando o cabo do acelerador da moto travou, de forma que não conseguiu frear, perdeu o controle do veículo e acabou colidindo com uma árvore; QUE A VÍTIMA NÃO É HABILITADA; QUE populares acionaram o SAMU, COPIA DA CERTIDÃO NARRATIVA ANEXA, e este compareceu no local do sinistro, levando a vítima para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI; QUE conforme O PRONTUÁRIO N° 165012 [CÓPIA ANEXA], a vítima foi diagnosticada com fratura de MMII A D; QUE no dia 02/09/2018 fora submetido a tratamento cirúrgico de fratura/ lesão fisária dos pododactilos e debridamento de úlcera/ de tecidos desvitalizados; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. E nada mais havendo, deu-se por



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



Impresso n° 2018294935

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 14484 / 2018

encerrado o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGAÇÃO DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *K. Priscila da Silveira Marinho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

RECEBEMOS

26 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

RECEBEMOS

08 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

RECEBEMOS

04 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do atoário ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

059 437 743 04

Leonor da Silva Moreira

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 005/2012

Nome completo:

Leonor da Silva Moreira

CPF:

059 437 743 04

Profissão:

Auxiliar de enfermagem

Endereço:

R. 3, Condomínio Tristeza Etapa

Número:

20 Casa

Bairro:

Freguesia de Nossa Senhora das Graças

Cidade:

Fusagasugue

Estado:

Paraná

CEP:

0000 0000

E-mail:

Tel. (DDD):

(55) 000 981-8213

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DÉCADA DE CONTA

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

Bradesco (231)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (sódes contas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3587

CONTA: 0033668

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concedendo, desse já, em me submetter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei F. 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vítimas): Sim Não Vítima deixou pais/vôos vivos? Sim Não

Este cliente já que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Indicação
dígito de
representante
beneficiário
não declarado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*). Assinatura de quem assina A SOGO

X Leonor da Silva Moreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

RECEBEMOS

1º | Nome:

CPF:

02 JAN 2018

Assinatura:

Maria Gecineide F. Nobre

Comissária de Seguros Fisal

CPF:

07452-121-007-75000000000000000000

Assinatura:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a lhe ler claramente o inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do registro ou ASI: **05943774304** Nome completo da vítima: **Leanor da Silva Moreira**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VÍTIMA/BENEFICIÁRIO] - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Leanor da Silva Moreira** CPF: **05943774304**
 Profissão: **Autônoma** Endereço: **R. 31, Conjunto Terceiro Etapa**
 Bairro: **Faz. Damião** Cidade: **Juazeiro do Norte** Estado: **Ceará** CEP: **06000-000**
 E-mail: **(36) 993583-8213**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3581**

CONTA: **0033668**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/70, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se aferem ao critério de morte, e esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

RECEBEMOS

26 MAR 2019



Local e Data: **Juazeiro do Norte - CE 13/03/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **Maria Gacineide F. Nobre**
 CPF: **21.467.735/0001-06**
 Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

X **Leanor da Silva Moreira**
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

L. Damião
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura

(*') A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. LECOMAR DA SILVA MOREIRA, portador do RG n.º 2007374299-0, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 059.437.743-94, no dia 02/09/2018, às 00h47, no Município de Juazeiro do Norte/CE, na Rua Capitão Coimbra, Bairro Pirajá, próximo ao Banco do Brasil, vítima de acidente, queda de motocicleta, ~~sendo removido para o HRC - Hospital Regional do Cariri.~~ Elizete Gomes Pereira Leiola, Assessora Técnica, lavrou a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRACAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 1.^º de novembro de 2018.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marco Antônio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Excel
CNPJ:21.487.735/0001-76

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LEOMAR DA SILVA MOREIRA Admissão: 02/09/2018 01:19
 Pront.: 165012 Data Nasc.: 06/08/1994 Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA
 Sexo: Masculino RG: 20073742990 Município: INDEFINIDO
 CEP 63000-000 Bairro:
 Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EMANUEL CARDOSO MONTE Horário 02/09/2018 01:22
 Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MÍD, COM PROVÁVEL FRATURA EXPOSTA
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: DOR INTENSA

ito02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEVV FREITAS PASCOAL CRM: 6 Nº: 445484 Horário 02/09/2018 01:42
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU

A- VIAS ÁREAS PERTURBADAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.

B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE.

C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

D- GLASGLOW 15.

E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR SUSPEITA DE FRATURA DE MMII A D.

OLICITO AVALIAÇÃO COMUM COM ORTOPEDIA. REAVALIAR PELA CIRURGIA GERAL EM 6 HORAS.

RECEBEMOS

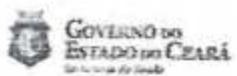
02 JAN 2019

EXAME

Maria Gecinaide F. Nobre
Corretora de Seguros Ekel
CNPJ.21.487.738/0001-06

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente
RAIO-X TIBIA AP/P (OSSOS LONGOS) (020406008-7)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente
RX PÉ D AP/OBLIQ (0204060150)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente





CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. LEOMAR DA SILVA MOREIRA, portador do RG n.º 2007374299-0, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 059.437.743-94, no dia 02/09/2018, às 00h47, no Município de Juazeiro do Norte/CE, na Rua Capitão Coimbra, Bairro Pirajá, próximo ao Banco do Brasil, vítima de acidente, queda de motocicleta, sendo removido para o HRC – Hospital Regional do Cariri. E para constar eu,

Eliete Gomes Pereira

Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 1.^º de novembro de 2018.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marco Antônio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

RECEBEMOS

RECEBEMOS

11/10/2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS
08/10/2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LEOMAR DA SILVA MOREIRA Admissão: 02/09/2018 01:19

Pront.: 165012 Data Nasc.: 06/08/1994 Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Tel.: RECEBEMOS

Mãe: MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA

Sexo: Masculino RG: 20073742990 Município: INDEFINIDO

CEP 63000-000

Bairro: .

00000000

Endereço: .

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

CNPJ:21.487.736/0001-06

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EMANUEL CARDOSO MONTE Horário 02/09/2018 01:22

Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM MID, COM PROVÁVEL FRATURA EXPOSTA

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: DOR INTENSA

Atto02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM: 6 Nº: 445484 Horário 02/09/2018 01:42

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDO AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU

A - VIAS ÁREAS PERTURBADAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.

B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE.

C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

D- GLASGOW 15.

E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR SUSPEITA DE FRATURA DE MMII A D.

SOLICITO AVALIAÇÃO COMUM COM ORTOPEDIA. REAVALIAR PELA CIRURGIA GERAL EM 6 HORAS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

26 MAR 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

CNPJ:21.487.736/0001-06

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente
RAIO-X TIBIA AP/P (OSSOS LONGOS) (020406008-7)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	02/09/2018 01:44	Não	Pendente



PRESCRIÇÃO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL

CRM 13877

02/09/18 01:44

Prescrição	Horário:
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 FAMP + 100 ML AD / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	02.30
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H TAX >37,8 OU DOR	02.30
BROMOPRIDA 5MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR>SOLUCAO FISIOLOGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 35 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 12/12 H	12
DIETA ZERO - OUTRO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

 Alta. Conduta Observação Referência para: ÓbitoRECEBEMOS
26 MAR 2019Maria Gecianeide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

00000000

Maria Gecianeide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06RECEBEMOS
00000000

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: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000033668-0

Nr. da Autenticação 80643948A732B5C5



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série 8-4 | Nº 544629055

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Vidalvino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047281/0001-70 | CGF 05.105.8-18-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.153 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
OUT/2018Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE**
9563946 DV **6****VENCIMENTO****TOTAL A PAGAR (R\$)**End. da Unidade
Consumidora AV SEBASTIÃO MATEUS DA SILVA DAS LINDAS TIRACANTES-JAZEIRO
DO NORTE 63000-000

RG / CPF / CNPJ 953.188.283-53 CGF

Classe SL - 01-RESIDENCIAL, MONOFÁSICA, BÁSICA ARENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual: 4183 Leitura Anterior: 4081 Constante: 1 Consumo (kWh): 62 Consumo Inc.: 0 Consumo Faturado: 62

Quantidade: 1 Tarifa: 0,50 Valor (R\$): 30,50

Data de Emissão/ Apresentação:

Prev. Próxima
Leitura

08/10/2018

08/11/2018

AVISO RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8078.5400.E9BA.7258.904F.409C.8407.055B

Base de Cálculo (R\$): 60,50 Aliquota: 0,00% Valor do Imposto: 0,00

ISENTO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMUM ENERGIA-TARIFA 5, BÁSICA ARENDA.

3,50

COF. SALDO FAIXA DE APENAS 0,00

25,00

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA R\$ (R\$ 7,27)

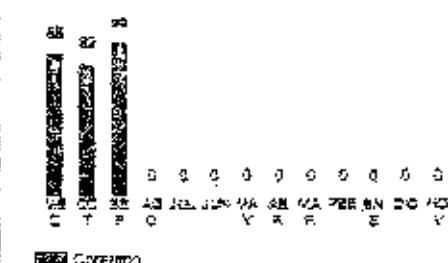
EXEMPLIFICAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual	Aparição Individual			
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
EDC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (lum)	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00		0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9563946-6** Nº da Nota Fiscal: **544629055** Total a Pagar (R\$): **30,50**
Data de Emissão: **22/10/2018** Referência: **OUT/2018** Nº de Controle: **096903946-99002-6303-2-20**

89824006060-3 52561031004-1 8982400638440-3 898240063864-6





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 562842738

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 180 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07/047.261/0001-70 | CGF 00.105.648-3

A Fatura Social de Energia Elétrica

é criada de acordo com a Lei nº 10.452 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

FEV/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

6992344

PV

VENCIMENTO

26/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

212,80

DADOS DO CLIENTE

Rota 14 013000 24 0755700

Medidor

Poste

Nome LEANDRO DA SILVA MOREIRA

67636

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU 03 CONJ TERCEIRA ETAPA 00020 FREI DAMIAO JUAZEIRO DO NORTE

RG / CPF / CNPJ 051.385.833-44

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

9091 8871 1 220 0 220

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação

Prev. Próxima Leitura

19/02/2019

21/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1A70.E7E5-AA71.8DAB.D0C5.60D7.26EE.4B0A

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 161,48 Aliquota 27% Valor do Imposto 43,59

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 48,35

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77		0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 48 meses)

RECEBEMOS

26 MAR 2019

Maria Gacineida F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

6992344-2

Nº da Nota Fiscal: 562842738

Total a Pagar (R\$): 212,80

Data de Emissão:

15/03/2019

Referência: FEV/2019

Nº de Controle: 0006992344 00042 4372 2 74

83860000002-6 12800031000-6 00069923440-9 00424372241-1





Esta é a segunda via de
OUT/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
9663946 DV **6**

VENCIMENTO
08/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
52,58

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 544629658

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 05-013000.11.0517400
Nome JOSELIA BESSERA MOREIRA
Endereço Postal

Medidor
2731180

Poste
00000

End. da Unidade AV SEBASTIAO MARGAO DA SILVA, 00653 TIRADENTES JUAZEIRO
Consumidora DO NORTE 63000000

RG / CPF / CNPJ 953.186.263-53
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MOROSÍSTICA, BAIXA RENDA

CGF

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

TOTAL A PAGAR (R\$)

FP 4283 4201 1 82 0 82

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

08/10/2018

Prev. Próxima
Leitura

08/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6878.B4DE.E8BA.7238.904F.409C.BAD7.055B

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
COR. SALDO FATURA ANTERIOR
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,27)

1,00
22,09

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

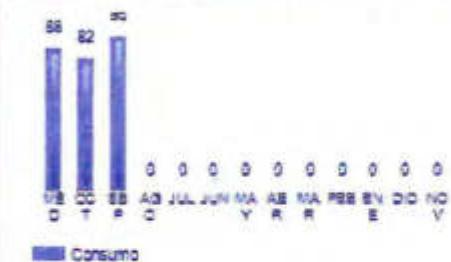
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês AGO/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00				0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica%CO₂
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

RECEBEMOS

08/10/2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Enel
CNPJ:21.487.735/0001-06

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 9663946-6 N° da Nota Fiscal: 544629658 Total a Pagar (R\$): 52,58
Data de Emissão: 22/10/2018 Referência: OUT/2018 N° de Controle: 0009663946 00002 4303 2 30

83880000000-3 52580031000-1 00096639460-7 00024303254-4

RECEBEMOS

26 MAR 2019



Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Enel
CNPJ:21.487.735/0001-06

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.ASP?KITPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com poderes disciplinares, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Damiao Gomes da silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 968.453.503-10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leomar da Silva Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.937.743-94, do sinistro de 07/07/2014 à 10/07/2014, Leomar da Silva Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.937.743-94, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

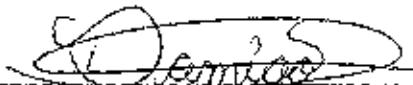
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	AV:Sebastiao mariano da silva	Número	653	Complemento	casa
Bairro	Tiradentes	Cidade	Juazeiro do Norte	Estado	CE
Email		Telefone celular (celular)	(88) 21416719	Telefone celular (celular)	(88) 999818213

Juazeiro do No-CE, 20 de Dezembro de 2018 RECEBEMOS

Locate Data

02 JAN 2019



Assinatura do Declarante

Maria Gadneida F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 21.487.734/0001-11

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Damião Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 968.453.503, 10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leomar da Silva Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.437.743, 94,

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Leomar da Silva Moreira.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.437.743, 94, 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:	AV:Sebastao mariano da silva	Número:	653	Complemento:	casa
Bairro:	Tiradentes	Cidade:	Juazeiro do Norte	Estado:	CE
E-mail:				Tel.(DDD):	88 999818213

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE data: 13 / 03 / 2019

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

25 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.467.736/0001-06

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fátima Rodrigues da Silva,

RG nº 99.0293.36545 data de expedição 24/06/15,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 653.386.263-89, com
domicílio na cidade de Jucári do Norte no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: AV: CHESF, nº 896,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leomar da Silva Marona, cujo o condutor era
Leomar da Silva Marona.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda Biz 125 KS

Ano: 2008

Placa: HYS 7924

Chassi: 9C2TA0410BR037723

Data do Acidente: 02/09/18

Local e Data: Jucári do Norte - CE Data: 13/12/18

RECEBEMOS

X.º Ma de Fátima Rodrigues da Silva.

02 JAN 2019

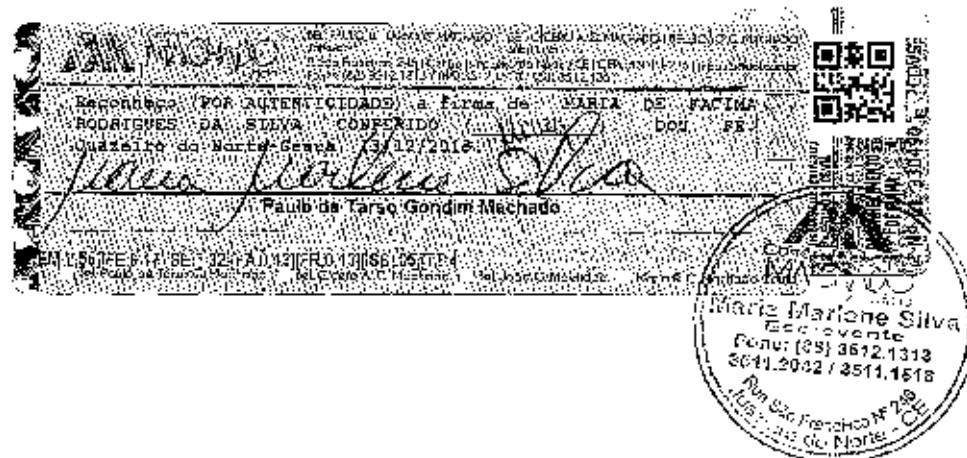
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Maria Gacinéide F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.750/0001-48

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

(Sem reconhecimento de firma)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fátima Rodrigues da Silva,

RG nº 99029336545 data de expedição 24/06/15,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 653.386.263-99, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: AV: CHESF, nº 896,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Leomar da Silva Moreira, cujo o condutor era Leomar da Silva Moreira

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/Biz 125 KS

Ano: 2008

Placa: HYS 7924

Chassi: 9C2JAA04L08R037778

Data do Acidente: 02/09/18

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE Data: 13/12/18
RECEBEMOS



X Mrs de Fátima Rodrigues da Silva.

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

0000000

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

RECEBEMOS



0000000

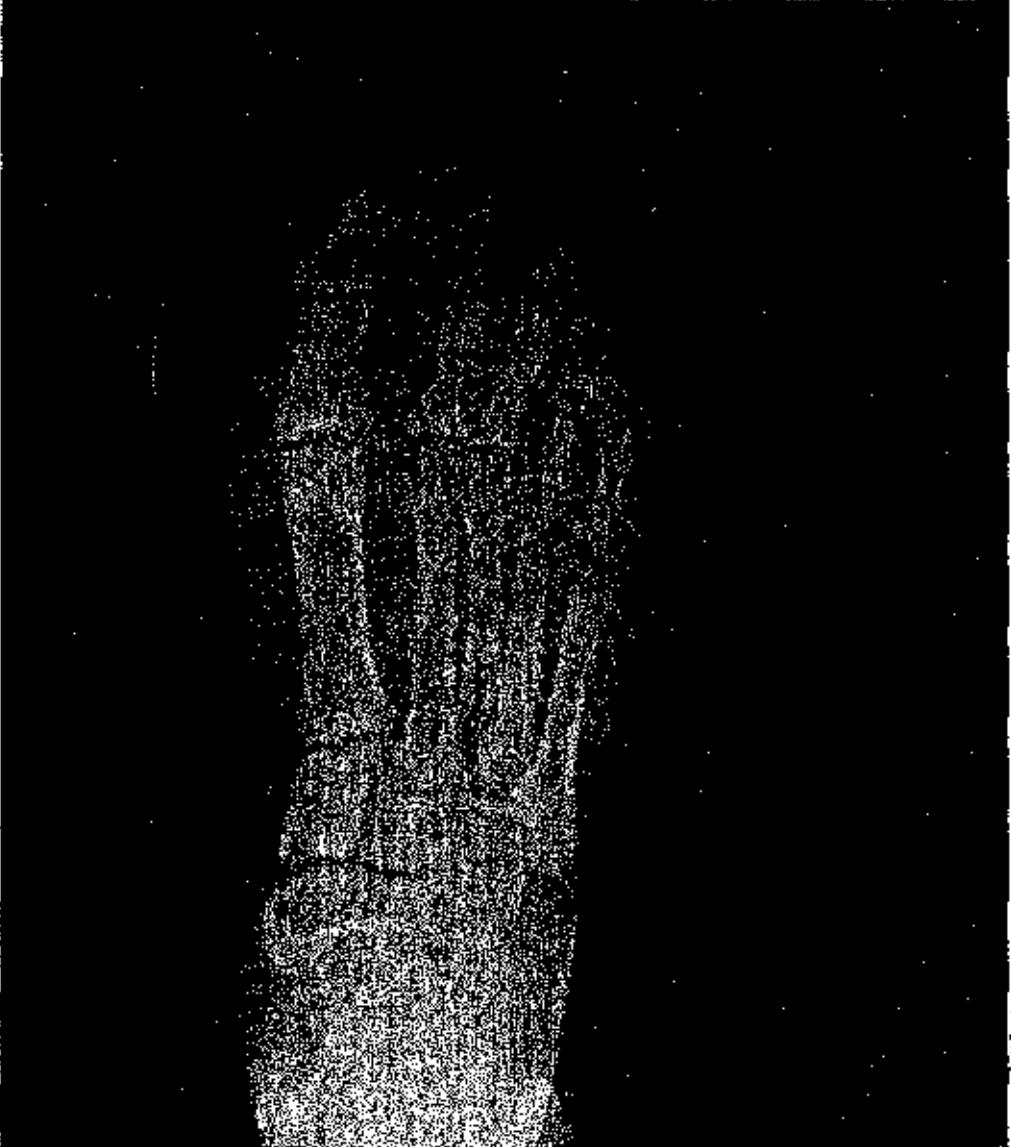
Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

26 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 02/09/18 12:10

Paciente: LEOMAR DA SILVA MOREIRA
Prontuário: 185012
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO
Cirurgião: BRENO ABIMAI MACÉDO CRUZ
1º Auxiliar:
Enfermeiro: GLAWBERLANDYA FEITOSA VIEIRA
Instrumentador:

DL Nascimento: 06/08/1994
Enfermaria: Sala Cirúrgica Leito: 03G
Anestesiologia: MARCELO DE MENEZES FIGUEIREDO COUTO BEM
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIÁRIA DOS PODODACTILOS	S
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIÁRIA DOS PODODACTILOS	S
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	N

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

RAQUI

Refatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Potencialmente Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VISCERAS

PACIENTE EM ODH SOB RAQUI ANESTESIA

ASSEPSIA ANTISEPSIA E CAMPOS ESTEREIS

VISUALIZADO FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTANCIA EM DORSO NO NIVEL DO 1 METATARSO FERIMENTO PERTINENTE A DANAR OS DOIS LADOS DO 3PDD

VARIOS FERIMENTOS PEQUENOS NO PE DIF.

SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL

FEITO LMC EXAUVESTIVA COM SORO FISIOLOGICO -06L

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

CURA DE APROXIMAÇÃO

FEITO SUTURA DA UNHA DO 1 DEDO PARA CURATIVO BIOLOGICO

RECORDEMOS

02 JAN 2019

Maria Godneida F. Nobre

Coletora de Sarcos Eireli

CNPJ 21.437.739/0001-90

NÃO FEITO FIXAÇÃO COM FIO K POIS NÃO HÁ MOTOR DISPONIVEL NESTE MOMENTO NO HRC E TAMBÉM O UNICO ARCO C ESTA SENDO USADO EM OUTRA CIRURGIA DE URGENCIA

CURATIVOS

AO CRPA

PERFUSÃO DISTAL PRESERVADA, COM LENTIFICAÇÃO NO 3 DEDO

PERDA DE SUBSTANCIA EM DORSO DO 1 DEDO COM EXPOSIÇÃO DO PARATENDAO EXTENSOR DESTE DEDO

Data

07/09/18
04/1

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.





Dr. Renan Almeida

Clínica Geral e Ultrassonografia
CREMEC 12076
Sua saúde em boas mãos.

ATESTADO MÉDICO

A vítima **LEOMAR DA SILVA MOREIRA**, 24 anos, sofreu acidente automobilístico em 02/09/2018 conforme boletim de ocorrência.

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura da falange proximal do hálux direito e extensa lesão corto-contusa em pé direito.

A vítima foi submetida a tratamento com limpeza cirúrgica e sutura e posterior imobilização. Alta definitiva em Novembro/2018.

No momento do exame, apresenta imobilidade dos pododáctilos direitos e perda de tecido em dorso do pé direito.

Do exposto, concluímos que há déficit funcional moderado do pé direito.

Juazeiro do Norte, 25 de Janeiro de 2019.

RECEBEMOS

30 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.732.0001-06

DR. RENAN ALMEIDA
MÉDICO
CREMEC - 12076

ESTADO CIVIL
TITULAR DA IDENTIDADE PESSOAL E FAMILIAR
AUTENTICO DE PESSOAS FÍSICAS

Fotogal Dilido

LEOMAR DA SILVA MOREIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE - CE - 000000000000000000

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

059.437.743-94

Nome

LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Nascimento

06/08/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDADE: VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESISTÊNCIA
GERAL: 2007374299 - 0

DATA DE
EXPEDIÇÃO: 23/10/2009

NOME:
LEOMAR DA SILVA MOREIRA
NASCIMENTO:

MANOEL VICENTE FILHO
MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA
NATURALIDADE:
JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO:
06/08/1994

DOC. CRISEN:

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO PADRE SÍLVIO TELES - 31.866 FOLHA 177
LIVRO:A-32 JUAZEIRO DO NORTE - CE

ASSINATURA DO DIRSTUR

P - 98

CÓDIGO DE CONTROLE

871B.A5A5.959F.793B

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receitafazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

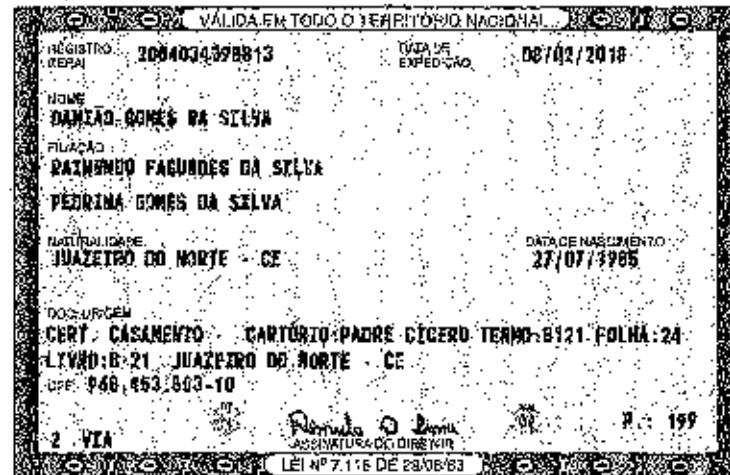
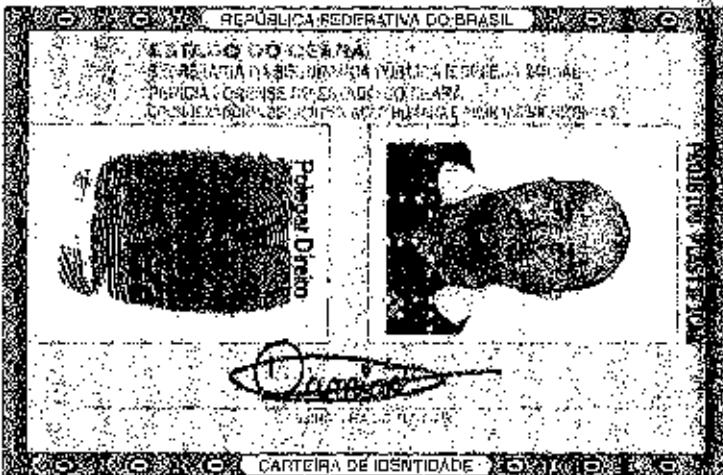
as 10:16:09 de 22/05/2017 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

RECEBEMOS

02 JAN 2018

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Cecília F. Nogueira
Corretora de Seguros Erc
CRF-PI-21.457.722-004



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2007374299 - 0	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2009
NOME	LEOMAR DA SILVA MOREIRA	
FILIAÇÃO	MANOEL VICENTE FILHO	
MARCAÇÃO	MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA	
NATURALIDADE	JUAZEIRO DO NORTE - CE	DATA DE NASCIMENTO 06/08/1994
DOC. CRDEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PADRE CÍCERO TERMO: 31.464 FOLHA: 177 LIVRO: A-32 JUAZEIRO DO NORTE - CE	
VTA	Assinatura do Diretor	
LEI N° 7.110 DE 29.08.83		P.: 98

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
059.437.743-94

Nome
LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Nascimento
06/08/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
871B.A5A5.959F.793B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:16:09 do dia 22/05/2017 (hora e data de Brasília)
 digito verificador: 00

RECEBEMOS
 00 000 000

Maria Gacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

00 000 000

Maria Gacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

26 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.487.736/0001-06

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
DETRAN - CE		Nº 014139345000	
MATERIAL DE IDENTIFICAÇÃO			
VIA:	CÓD. RENAVAM:	PLATEAU:	EXERCÍCIO:
PPT	01 255627290	0000000000	2018
NOME:			
PLA DE FÁTIMA RODRIGUES DA SILVA			
JUZERIO DO NORTE /CE			
CPF / CNPJ:		PLACA:	
65338636-369		HVS292V/CE	
PLACA ANO / UF:		CHASSI:	
/CE		ESADON LOGROS 2770	
ESPECIE / TIPO:		COMBUSTIVEL:	
FAS / MOTONETA / NAO APPLICAVEL		GASOLINA	
MARCA / MODELO:		ANO FAB. / ANO MOD.:	
HONDA / BIZ 125 K6		2006 / 2009	
CAP / PON / CIL:		CATEGORIA:	
277004 / 124CC		P-AUT/LE	
COTA ÚNICA:		VENC. COTA ÚNICA:	
I	1*	P	30/12/2018
V	FAIXA LEVA:	A	VENC. COTAS:
A	1*		2*
	PARCELAMENTO / CDTAS:		3*
PRÉMIO TÁRIFARIO (R\$) :		JOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
180,00		10,70	185,50
DATA DE PAGAMENTO:			
17/04/2018			
OBSERVAÇÕES:			
LOCAL:			
JUZERIO DO NORTE /CE			
DATA:			
04/06/2018			
Igor Pontes Superintendente		DETRAN-CE	

SEGURADO: D. M. S. VIEIRA NASCIMENTO: 10/01/1970 ENDERECO: RUA MARQUES DE SA, 100 - VILA SANTANA BAIRRO: VILA SANTANA CIDADE: SANTOS UF: SP CEP: 11300-000			VEÍCULO: HONDA / BIZ 125 - KG PLACA: HY57924 DATA EMISSÃO: 27/04/2013		
VIA:		CPF / CNPJ:	EXERCÍCIO:		DATA EMISSÃO:
01		63338626349	2013		27/04/2013
RENAVAM:		25000372270	MARCA / MODELO:		
ANO FAB:		2008	Nº CHASSI:		
FAB:		FAP	9L2J3A004T0894037778		
PRÉMIO TARIFÁRIO					
PIS (R\$)	DESENTRAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)			
R\$ 22	R\$.03	R\$.33			
CUSTO DO BILHETE (R\$)	JO + IRSI	104,38000000000001			
R\$ 13	R\$.76	R\$ 5,50			
VALOR PAGO:					
COTA UNICA					
PARCELADO					
DATA DE QUITAÇÃO:					
27/04/2013					

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

•CPW 92-248-008/001-1

RECEBEMOS

RECEBEMOS

00000000

Maria Gacelide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.457.738/0001-06

CONTRAN

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE		Nº 014139345086	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
PPT	01 9538627290	00000000000	2018
NOME Ma. DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA JUAZEIRO DO NORTE /CE			
CPF / CNPJ		PLACA	
65338626349		HYS7924/CE	
PLACA ANT / UF	CHASSI		
/CE	9C2JA04108R037778		
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.*		GASOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 KS		2008	2008
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 0CV / 124CC	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA UNICA	VEIC. COTA UNICA	VENC / COTAS
	FAIXA I, P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	
			1 ^o *
			2 ^o *
			3 ^o *
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65	0,70	185,50	27/04/2018
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
JUAZEIRO DO NORTE		04/06/2018	
Igor Ponte Superintendente		DETAN-CE	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014139345086 BILHETE DE SEGURO DPVAT

65338626349 HYS7924/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

014139345086 18594186116

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/06/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 65338626349 HYS7924

RENAVAM MARCA / MODELO
9538627290 HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB. N° CHASSI
2008 9C2JA04108R037778

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL ASSORTEADO PELO SEGURO (R\$)
4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO
X COTA UNICA PARCELADO 27/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JA04E18037778

04832

RECEBEMOS

25 MAR 2018

Maria Gacelide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.457.738/0001-06

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190007856**

Nome do(a) Examinado(a): **LEOMAR DA SILVA MOREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua tres conjunto terceira etapa , 20 Juazeiro do Norte/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / Não Informado**

Data e local do acidente: **02/09/2018 - Juazeiro do Norte/CE**

Data e local do exame: **16/02/2019 - Juazeiro do Norte/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da falange proximal do hálux direito e ferimento corto contuso extensa em região dorsal do pé direito.

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

O periciado apresenta-se com as lesões ainda não consolidadas. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos medicamentoso e cirúrgico para a fratura exposta da falange proximal do hálux direito e ferimento corto contuso extensa em região dorsal do pé direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

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

Exame físico prejudicado.

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

Sim

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

Não

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

Em tratamento.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em **30** dias

(-) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciado segue em quadro de convalescença das lesões. Retorno em 30 dias.


Franciberto Farias Ribeiro Filho
Clínico Geral
Medicina do Trabalho
CRM-CE 11569



RECEBEMOS



Prezado(a) cliente F. Nobre
Conselho de Seguros Ekel
CNPJ 21.461.733/0001-06

25 MAR 2009

Maria Gonçalves F. Nobre
Conselho de Seguros Ekel
CNPJ 21.461.733/0001-06

SOLICITAÇÃO DE REANALISE

EU, Leonmar da Silva Moreira,
CPF 059.437.743 -94 VENHO A SEGURADORA SOLICITAR A
REANALISE DO MEU PROCESSO COM SINISTROS DE
Nº 3190/007856, POIS O MESMO FOI NEGADO SEM TER UMA
PERICIA MEDICA PARA COMPROVAR MINHAS SEQUELAS PARA
INDENIZAÇÃO CONFORME DIREITO E DEVERES QUE AINDA TENHO SOBRE
O SEGURO DPVAT.

TELEFONES: (88) 99981-8213

NOME: X Leonmar da Silva moreira

LOCAL/DATA: Guazero do Norte - ce 13/03/19.

RECEBEMOS

26 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.467.738/0001-06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190232596 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do hálux direito associado à fratura do 3º pododáctilo homolateral e ferimento corto lacerante em região dorsal do pé direito com perda de substâncias.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 5°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do hálux direito associado à fratura do 3º pododáctilo homolateral e ferimento corto lacerante em região dorsal do pé direito com perda de substâncias, conforme documentos de pronto atendimento datados em 02/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do hálux direito associado à fratura do 3º pododáctilo homolateral e ferimento corto lacerante em região dorsal do pé direito com perda de substâncias. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do pé direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta do pé direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190232596 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO HÁLUX DIREITO. (PAG 7)
TRAUMA CORTO CONTUSO EM DORSO PÉ DIREITO. (PAG 7)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (PAG 5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS ANÁLISE POR CPF, VÍTIMA POSSUI SINISTRO 3190007856 NEGADO EM TRATAMENTO PELA PERÍCIA MÉDICA NA DATA DE 16/02/2019 E CONSTA NA OBSERVAÇÃO: RETORNO EM 30 DIAS.
& SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Leomar da Silva Moreira, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: autônomo, portador (a) do RG 20073742990, Órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 059.437.743-94 residente no (a): Rua: 03 Conf. Terceira Etapa
nº 20 bairro: Trá Damião, município: Juazeiro do Norte - CE

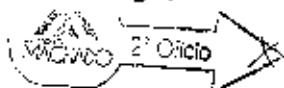
OUTORGADO:

Nome: Domingo Gomes da Silveira, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: autônomo, portador (a) do RG 2004034098813, Órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 968.453.503-10, residente no (a): AU: Sebastião Moreira da Silveira
nº 653 bairro: Fazendinha, município: Juazeiro do Norte - CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do
seguro DPVAT a ser creditado em conta bancária de minha titularidade conforme Ribeira de Autorização de Pagamento e
poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a essa seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,
permindo para que seja feito o cumprimento deste mandado, da vítima.

Leomar da Silva Moreira

Declaro que todas as informações prestadas a siis do referente ao pleno são de total responsabilidade do Beneficiário
ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso fale com a verdade.



Leomar da Silva Moreira
Assinatura do outorgante

Local e data,

Juazeiro do Norte - CE Data: 13/12/18

Nome: _____

RECEBEMOS

CPF: _____

02 JAN 2019

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A RODO

Maria Gecinaldo F. Nobre
Contadora de Seguros Civil

1º Nome: _____

TESTEMUNHAS

CPF: _____

Recorde-se (RON AUTENTICIDADE) a firma de LEOMAR DA SILVA
MOREIRA (ASSERVIDO) _____ por mim feita no
Mês de Dezembro de 2018

2º Nome: _____

Assinatura

CPF: _____

Assinatura

Paulo da Tarso Gondim Machado

MACHADO



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Leomar da Silva Moreira, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: autônomo, portador (a) do RG 20023242950, orgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 059.437.243-94, residente no (a): Rua: 03 Conj: Turma Fazenda
nº 20, bairro: Fazenda Damiao, município: Jaguaribe de Norte - CE

OUTORGADO:

Nome: Domingos Gomes da Silva, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: autônomo, portador (a) do RG _____, orgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 963.455.503-10, residente no (a): Ru Sébastião Magno da Silva
nº 653, bairro: Padre Antônio, município: Jaguaribe de Norte - CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinhar substituir esta, dar cútacão a praticar, enfim todos os atos de direito permitido para o seu perfeito cumprimento deste mandado da vítima.

Leomar da Silva Moreira CPF: 059.437.243-94 DATA AC: 02/09/18

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso feita com a verdade.

Leomar da Silva Moreira
Assinatura do outorgante

COBERTURA: Invalidez

Local e data: Jaguaribe de Norte - CE data: 13/12/18
Nome: _____ RECEBEMOS
CPF: _____

25 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

1º Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: LEOMAR DA SILVA MOREIRA, CONFERIDO Paulo de Tarso Gondim Machado, DOU PE. Juazeiro do Norte Ceará, 13/12/2018.

Assinatura
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

C1258PHE017[GE1.02][FAC.13][FR.0.13][US.05][IT.1]
1258PHE017[GE1.02][FAC.13][FR.0.13][US.05][IT.1] Maria Morene S...
RECONHECIMENTO DE FIRMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103210/19

Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

CPF: 059.437.743-94

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DAMIAO GOMES DA SILVA : 968.453.503-10

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

LEOMAR DA SILVA MOREIRA : 059.437.743-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019
Nome: DAMIAO GOMES DA SILVA
CPF: 968.453.503-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

DAMIAO GOMES DA SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000992/19

Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

CPF: 059.437.743-94

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DAMIAO GOMES DA SILVA : 968.453.503-10

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

LEOMAR DA SILVA MOREIRA : 059.437.743-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: DAMIAO GOMES DA SILVA
CPF: 968.453.503-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

DAMIAO GOMES DA SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE