
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.

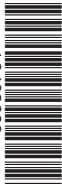
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01527/01528 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14134767

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 05943774394 Nome completo da vítima: Leonar da Silva Moreira

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

Nome completo: Leonar da Silva Moreira CPF: 05943774394
Profissão: Autônomo R. 3, Conflito Terceiro Etapa Número: 20 Complemento: Laxa
Bairro: Faz. Danicão Cidade: Juazeiro do Norte Estado: Piauí CEP: 0000 0000
E-mail: _____ Tel (DDD): (86) 00985-8213

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO 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 OPÇÃO 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 ~~(assinale uma das opções):~~

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 brilha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
Assinatura de
vítima ou
beneficiário
responsável

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 20/12/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

X Leonar 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 2019

2ª Nome: Maria Gacinde F. Nobre
CPF: 021.437.722-0011

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 ASI: _____ CPF da vítima: 05943774354 Nome completo da vítima: Leonor da Silva Moreira

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

Nome completo: Leonor da Silva Moreira CPF: 05943774354

Profissão: Autônoma Endereço: 3, Condição Terceira Etapa Número: 20 Complemento: Carra

Bairro: Faz. Danuão Cidade: Juazeiro do Norte Estado: CE CEP: 0000 0000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (88) 99981-8213

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3587 ☐ CONTA: 0033668 ☐ AGÊNCIA: _____ ☐ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta 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.

RECEBEMOS

25 MAR 2019

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina À RDO.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RDO, 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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2018294835



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 14484 / 2018

RECEBEMOS

Dados da Ocorrência

02 JAN 2019

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
Ponto de Referência: BANCO DO BRASIL

Maria Gacineide F. Nobre
 Corredora de Seguros E...
 CNPJ: 21.487.755/0001-11

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
Pais: BRASIL

UF:

CEP:

Telefone: (88) 98809-8579

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, CÓPIA DA CERTIDÃO NARRATIVA ANEXA, e este compareceu no local do sinistro, levando a vítima para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI; QUE conforme O PRONTUÁRIO Nº 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 fisaria dos pododactilos e debridamento de ulcera/ 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 identificado (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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



Impresso nº 2018294935

BOLETIM DE Ocorrência Nº 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:

Juliana da Silva Moreira

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Cecineide F. Nobre
 Controladora de Seguros Espec.
 CNPJ-21.487.704/0001-00

RECEBEMOS

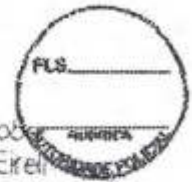
26 MAR 2019



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

Impresso nº 2018294935

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



RECEBEMOS

BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 14484 / 2018

Dados da Ocorrência

02/09/2018

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** 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**

RECEBEMOS

UF: **CE**

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 Nº 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 fisaria dos pododactilos e debridamento de ulcera/ 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

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Leomar da Silva Moreira



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



Impresso nº 2018294935

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:

Juliano da Silva Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBEMOS

26 MAR 2019

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

RECEBEMOS

08 MAR 2019

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

RECEBEMOS

08 MAR 2019

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

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do registro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

05943774304

Leonor da Silva Moreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

Nome completo:

Leonor da Silva Moreira

CPF:

05943774304

Profissão:

Autônoma

Endereço:

R. 3, Conjato Torção Etapa

Número:

20

Complemento:

Laxa

Bairro:

Frlh Danuro

Cidade:

Juaque do Norte

Estado:

Paraná

CEP:

0000 0000

E-mail:

Tel (DDD):

(51) 05981-8213

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POLIPANCA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3587

CONTA:

0033663

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vul nascos)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e provarem 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 299 do Código Penal.

Impressão
dígito de
validação
beneficiário
indicação

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 20/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Assinatura

Maria Gecineide F. Nobre

Corretora de Seguros Erol

CNPJ: 21.457.750/0001-11

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 ASI: _____ CPF da vítima: 05943774394 Nome completo da vítima: Leonor da Silva Moreira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Leonor da Silva Moreira CPF: 05943774394
Profissão: Auxiliar Endereço: R. 3, Condição Terceira Etapa Número: 20 Complemento: laxa
Bairro: Faz. Damascão Cidade: Juazeiro do Norte Estado: Ceará CEP: 0000 0000
E-mail: _____ Tel (DDD): (86) 99983-8213

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem nesta 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.

RECEBEMOS

25 MAR 2019

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

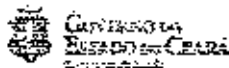
(*) Assinatura de quem assina A RDO

X Leonor da Silva Moreira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura




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 Leiola, 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 Antonio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.735/0001-06

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.:
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 MID, COM PROVÁVEL FRATURA
EXPOSTA
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR INTENSA
to02: 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 MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO
SAMU
A - VIAS ÁREAS PERVIAS, 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

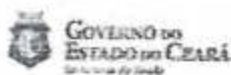
02 JAN 2019

EXAME


Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.728/0001-06

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 PE 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 Antonio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

RECEBEMOS

04 DE OUT 2018

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

RECEBEMOS

02 DE OUT 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: .
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
to02: 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.:
Exo: 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 MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO
SAMU
A - VIAS ÁREAS PERVIAS, 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.
SOLICITO AVALIAÇÃO COMUM COM ORTOPEDIA. REAVALIAR PELA CIRURGIA GERAL EM 6 HORAS.

RECEBEMOS

RECEBEMOS

26 MAR 2019

02/09/2018

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

EXAME

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

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 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 FISIOLÓGICA 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	
DIETA ZERO - OUTRO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

RECEBEMOS

26 MAR 2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

26 MAR 2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

2

RECEBEMOS

26 MAR 2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63044-162 - Juazeiro do Norte - CE

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

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

Maria Geacinaide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.732/0001-01



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série 8-4 | Nº 544629658

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Veklovino, 153 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047281/0001-70 | CGF 06.195.8-18-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.428 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

OUT/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	
9563946	06

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

End. da Unidade Consumidora AV SEBASTIAO MACHADO DA SILVA 6663 TIRACENTES VAZEIRO DO NORTE 63000000

RG / CPF / CNPJ 953.188.283-53 CGF

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

INFORMACOES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

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

FF 4183 4201 1 82 0 82

DESCRIÇÃO DO CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATA DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação

Prov. Próxima Leitura

08/10/2018

09/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8878.84DE.EREA.7238.504F.409C.8407.055B

BASE

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,50

COF. SALDO FATORIA ANTERIOR

25,69

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

CONSCIÊNCIA CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora da Seguros Evol
CNPJ:21.487.732/0001-11

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

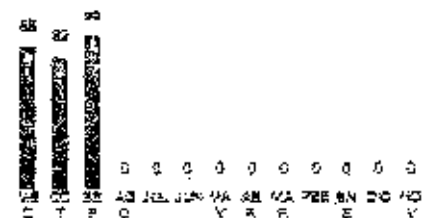
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apercepção Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIQ (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIQ (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMC (h)	0,00			0,00		

REGRAS DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CM: 0,00

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

9563946-6

Nº da Nota Fiscal: 544629658

Total a Pagar (R\$): 52,59

Data de Emissão:

22/10/2018

Referência: OUT/2018

Nº de Controle: 095063946 99002 4303 2 20

8382000000-3 5258031004-1 80085539440-7 00024303256-6





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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
FEV/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

6992344

PV 2

VENCIMENTO

26/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

212,80

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

DESCRIÇÃO 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.AA71.8DA8.D0C5.60D7.26EE.4B0A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

161,48

27%

43,59

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

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 12 meses)

26 MAR 2019

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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

6992344-2

N° da Nota Fiscal: 562842738

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

Data de Emissão:

15/03/2019

Referência: FEV/2019

N° de Controle: 0006992344 00042 4372 2 74

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





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

Esta é a segunda via de

OUT/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

9663946

DV **6**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 05 013000 11 0517400

Nome JOSELIA BESERRA MOREIRA

Endereço Postal

Medidor

2731180

Poste

0000 0

End. da Unidade

Consumidora

AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653 TIRADENTES JUAZEIRO
DO NORTE 63000000

RG / CPF / CNPJ

953.188.283-53

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

FP

4283

4201

1

82

0

82

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

08/10/2018

Prov. Próxima
Leitura

08/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6B78.B4DE.E8BA.7238.904F.409C.BAD7.055B

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

ISENTO

Aliquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

1,80

COR. SALDO FATURA ANTERIOR

22,09

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,27)

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

02/10/2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.739/0001-06

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

Conjunto

Mês AGO/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

9663946-6

N° da Nota Fiscal: 544629658

Total a Pagar (R\$): 52,59

Data de Emissão:

22/10/2018

Referência: OUT/2018

N° de Controle: 0009663946 00002 4303 2 30

RECEBEMOS

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



26 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.739/0001-06

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/biblioteca/web/DOCORIGINAL.ASP?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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Damiao Gomes da Silva inscrita (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 DPVAT número 3004102 da Vítima
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-LAVAT, 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	CEP 63031590
E-mail		Telefone comercial (DDD) (88) 21416719	Telefone celular (DDD) (88) 999818213

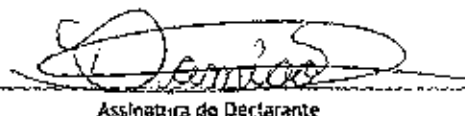
Juazeiro do No-Ce

20 de Dezembro de 2018

RECEBEMOS

Local e Data

02 JAN 2019



Assinatura do Declarante

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora da Seguros Lider
CNPJ: 21.487.734/0001-11

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

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

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

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

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 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 Invalidez 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: <u>AV:Sebastao mariano da silva</u>	Número: <u>653</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Tiradentes</u>	Cidade: <u>Juazeiro do Norte</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>63000000</u>	Tel.(DDD): <u>88 999818213</u>

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE

data: 13 / 03 / 2019

Damião

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

25 MAR 2019

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fátima Rodrigues da Silva.

RG nº 99.029336545 data de expedição 24/06/15.

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 653.386.263-49, com

domicílio na cidade de Juazeiro do Norte no Estado de

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

Rua: AV: CHESF nº 896

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

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

vítima Leandro da Silva Moreira, cujo o condutor era

Leonor da Silva Moura

Veículo: Motocicleta

Modelo: Homoda/Biz 125 KS

Ano: 2018

Placa: H45 7924

Chassi: 9C2JA0410BR037728

Data do Acidente: 02/09/18

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

RECEBEMOS

X^{ma} de ~~afuneros~~ Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

02 JAN 2010

Maria Giacinto F. Noire

Correção de Sílvia Regina Figueira

CNPJ: 21.487.730/0001-06

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

(Sem reconhecimento de firma)

[illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fatima Rodrigues da Silva,
RG nº 99.029336545 data de expedição 24/06/15,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 653.386.263-49, 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 Leamson da Silva Moreira, cujo o condutor era
Leamson da Silva Moreira

Veículo: Motocicleta
Modelo: Hamada/Biz 125 KS
Ano: 2008
Placa: HVS 7924
Chassi: 9C2JA04208R037728
Data do Acidente: 02/09/18
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE Data: 13/12/18

X Maria de Fatima Rodrigues da Silva
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

RECEBEMOS
0000000000
Maria Gecineide 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)

MACHADO 2º Ofício
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA, CONFERIDO (11/09/18) DOU FE
Juazeiro do Norte - Ceará, 13/12/2018.
Maria Marlene Silva
Paulo de Tarso Gondim Machado

EM: 50/FE/17/SE/02/PA/13/FR/01/SS/05/TT 4
Sel Paulo de Tarso G. Machado Sel Cicero A. C. Machado Sel João C. Machado Maria R. C. Machado

RECEBEMOS
0000000000

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



RECEBEMOS

26 MAR 2019

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



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

02 JAN 2009



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

Relatório de Cirurgia

Data da Conclusão: 02/09/18 12:10

Paciente: LEOMAR DA SILVA MOREIRA
Prontuário: 165012
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO
Cirurgião: BRENO ABIMAEL MACEDO 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 FISARIA DOS PODODACTILOS	S
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA 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

Relatar 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 DDH SOB RAQUI ANESTESIA
ASSEPSIA ANTISEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
VISUALIZADO FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTANCIA EM DORSO NO NIVEL DO 1 METATARSO, FERIMENTOS PEQUENOS NOS DOIS LADOS DO 3º DED
VARIOS FERIMENTOS PEQUENOS NO PE DOR
SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL
FEITO LMC EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO - 06L
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
CURA DE APROXIMAÇÃO
FEITO SUTURA DA UNHA DO 1 DEDO PARA CURATIVO BIOLÓGICO

Recebemos

02 JAN 2019

Maria Goreide F. Nobre

Coordenadora de Seguros Eireli

TAMBÉM O UNICARBO C ESTÁ SENDO

NÃO FEITO FIXAÇÃO COM FIO K POIS NÃO HÁ MOTOR DISPONÍVEL NESTE MOMENTO NO HRC E

USADO EM OUTRA CIRURGIA DE URGÊNCIA

CURATIVOS

AO CRPA

PERFUSÃO DISTAL PRESERVADA, COM LENTIFICAÇÃO NO 3 DEDO

PERDA DE SUBSTANCIA EM DORSO DO 1 DEDO COM EXPOSIÇÃO DO PARATENDÃO EXTENSOR DESTA DEDO

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 dirieto 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.

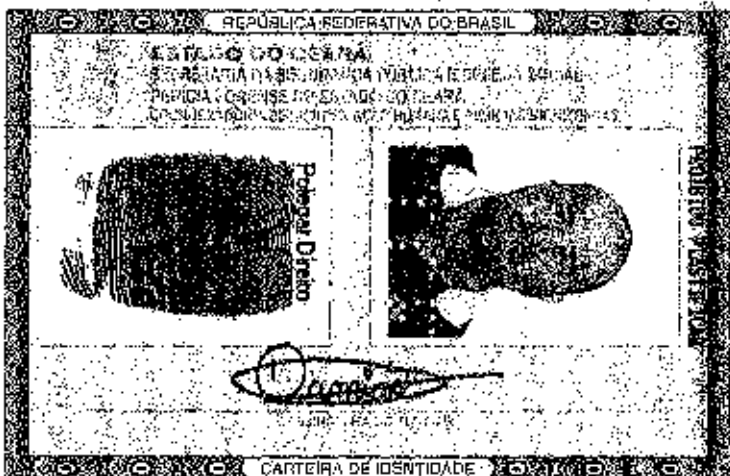


DR. RENAN ALMEIDA
MÉDICO
CREMEC - 12076

RECEBEMOS

30 JAN 2019

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO (REPA) 2004034398813	VIA DE EXPEDIÇÃO 08/02/2018
NOME DAMIAO GOMES DA SILVA	
FILIAÇÃO RAIMUNDO FAGUNDES DA SILVA	
PEDRINA GOMES DA SILVA	
NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE	DATA DE NASCIMENTO 27/07/1985
TODOS OS CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO PADRE CIGERO TERMO-8121-FOLHA-24	
LIVRO-B-21 JUAZEIRO DO NORTE - CE	
CPF 948.453.803-10	
2 VIA	Assinado O Diretor ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 28/06/83	

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Cecília de F. Nogueira
Carteira de Seguros Evid
CPF 21.487.750-99

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polgar Direito

Leomar da Silva Moreira

SECRETARIA DA IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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
MARIA ELIZABETE DA SILVA MOREIRA
NATURALIDADE
JUAZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO
06/08/1994

DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PADRE CÍCERO TERMO: 31.464 FOLHA: 177
LIVRO: A-32 JUAZEIRO DO NORTE - CE

1 VTA. P.: 98

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

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)
dígito verificador: 00

RECEBEMOS

26 MAR 2019

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

RECEBEMOS

00 000000

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

RECEBEMOS

00 000000

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

RECEBEMOS

02 JAN 2019

Maria Getrêide F. Nogueira
Coordenadora de Seguros Evid

DETRAN

CONTRIM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014139345086
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - ODD/RENAVAM - MATRÍC - EXERCÍCIO
PFT 01 958827290 0000000000 2018

NOME
MIA DE FÁTIMA RODRIGUES DA SILVA
JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF/CNPJ - PLACA
65338626349 HYS7924/CE

PLACA ANT / UF - CHASSI
/CE 9C2JA04108R037778

ESPECÍFICO - COMBUSTÍVEL
FAS/MOTONETA/NÃO APPLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 KS 2008 2008

CAP/MOT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2F/004/124CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS
1* 2* 3*

FAIXA LÉVIA - PARCELA VENC. / COTAS
1* 2* 3*

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 DETRAN-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
958827290 HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB. - CHASSI
2008 9C2JA04108R037778

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL DO BILHETE (R\$)
4.13 0.70 185.50

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 27/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.246.808/0001-04

MOTOR: JA04E18037778 04832



RECEBEMOS

RECEBEMOS



Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 07.739.000/1-06

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 07.739.000/1-06

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014139345086
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 000. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 958827290 0000000000 2018

NOME

Mia DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ

65338626349

PLACA

HYS7924/CE

PLACA ANT / UF

/CE

CHASSI

9C2JA04108R037778

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTONETA/NAO APLIC.*

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2008

CAP / POT / CIL

2P/0CV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

//*/**

VENC. / COTAS

1*

FADCA I.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

180.65

IOF (R\$)

0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$)

185.50

DATA DE PAGAMENTO

27/04/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL

JUAZEIRO DO NORTE

DATA

04/06/2018

Igor Ponte
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
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 0600 022 1204

014139345086

18594186116

VIA

01

CPF / CNPJ

65338626349

PLACA

HYS7924

RENAVAM

958827290

MARCA / MODELO

HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB.

2008

CAT. TARE

PART

Nº CHASSI

9C2JA04108R037778

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

81.29

DENATRAN (R\$)

9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.70

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

185.50

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

27/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

MOTOR: JA04E18037778

04832



RECEBEMOS

25 MAR 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 07.739.000/1-06

**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
Clinico Geral
Medicina do Trabalho
CRM-CE 11569



RECEBEMOS

0424 208

RECEBEMOS

26 MAR 2009

Maria Geórgina F. Nobre
Correia da Seguros Erel
CNPJ 21.457.735/0001-06

Maria Geórgina F. Nobre
Correia da Seguros Erel
CNPJ 21.457.735/0001-06

SOLICITAÇÃO DE REANALISE

EU, Leomar 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 Leomar da Silva Moreira
LOCAL/DATA: Juazeiro do Norte-CE 13/03/19.

RECEBEMOS

26 MAR 2019

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

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 5º, inversão aos 10º, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 5º. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, 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 de Silva Moreira, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: autônomo, portador (a) do RG 20073742990, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 059437.743-94, residente no (a): Pua: 03 conj. Terceira Japa.
nº 20, bairro: Frei Damiano, município: Juazeiro do Norte-CE

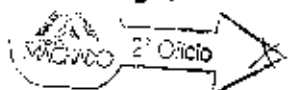
OUTORGADO:

Nome: Domício Gomes da Silva 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): AV: Sebastião Marinho da Silva
nº 653, bairro: Gradimir, município: Juazeiro do Norte - CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem como poderes especiais para representar perante a SEGURADORA LIDER 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 sobrenome nome 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, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permytindo para perfeito cumprimento deste mandado, da vítima

perguntando para perfeita compreensão deste mandado, da vítima Leomar Silva Marina

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



Leonor de Silva Moreira
Assinatura do autor/da autora

Local e data

sta. Luzerna do Norte - CE Data: 13/12/58

Nome:

RECEBEMOS

CPF:

11 2 JAN 2019

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A BOGO

Maria Cecinaldo F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especial

TESTFILM IN423

1st Name: _____

CF:

Assinatura

2° Name:

CPE:

Assinatura

Reconhecido POR AUTENTICIDADE a firma de LEONAR CA SILVA
MOREIRA CONFERIDO [Assinatura] DEU SE [Assinatura] Janeiro de
Norte-Ceará, 13/12/2018

Paulo de Tarso Gondim Maciel

3912 1517
3517 1517

CONFIDENTIAL

DEFERRA 72 11/10/2010 10:10:10
No 66320491-3

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Leomar da Silva Moreira, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: autônomo, portador (a) do RG 20033742990, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 059.437.743-94, residente no (a): Rua 03 Conf. Tereza Lapa
nº 20, bairro: João Damascão, município: Juazeiro do Norte-CE

OUTORGADO:

Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: autônomo, portador (a) do RG 963.453.593-10, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 963.453.593-10, residente no (a): Av. Sebastião Marinho da Silva
nº 653, bairro: Frederico, 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 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, assinar substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para o fiel cumprimento deste mandado da vítima

Leomar da Silva Moreira CPF: 059.437.743-94 DATA AC: 02/09/18

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

Assinatura do outorgante

COBERTURA: Invalidez

Local e data: Juazeiro do Norte-CE
Nome: _____
CPF: _____

RECEBEMOS

25 MAR 2019

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: LEOMAR DA SILVA MOREIRA, CONFERIDO em 13/12/2018, DOU FE. Juazeiro do Norte Ceará.

Paulo de Tarso Gondim Machado

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

1258 E 171 SE 102 FAX 1311 FR 1311 SS 0511 T11
Rua de Tarso G. Machado, 1311 - Juazeiro do Norte - CE 63010-315

RECONHECIMENTO
DE FIRMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103210/19

Vítima: LEOMAR DA SILVA MOREIRA

CPF: 059.437.743-94

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEOMAR DA SILVA
MOREIRA

CPF de: Próprio

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

DAMIAO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEOMAR DA SILVA
MOREIRA

CPF de: Próprio

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

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

DAMIAO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE