

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190589579**

**Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

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

---

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190589579**

**Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO GOMES ARTUR**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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

---

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190589579**

**Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO GOMES ARTUR**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

**Recebedor: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

**Valor: R\$ 2.025,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000747**

**Conta: 0000041584-0**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
952.516.183-87 JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA</b>	6 - CPF: <b>952.516.183-87</b>		
7 - Profissão: <b>TELE ATENDENTE</b>	8 - Endereço: <b>RUA PROFESSOR NETO</b>	9 - Número: <b>76</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>IPASE</b>	12 - Cidade: <b>CRATEÚS</b>	13 - Estado: <b>CE</b>	14 - CEP: <b>63.700-465</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(88) 99968-0286</b>	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <b>0747</b>	CONTA: <b>41.584</b>	0
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	0
(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.

## 22 - 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 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 discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:  
CPF:  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  
CPF:  
Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019**

\* Jose Junior Coelho Bezerra Daniel Gomes Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
952.516.183-87 JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA</b>	6 - CPF: <b>952.516.183-87</b>		
7 - Profissão: <b>TELE ATENDENTE</b>	8 - Endereço: <b>RUA PROFESSOR NETO</b>	9 - Número: <b>76</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>IPASE</b>	12 - Cidade: <b>CRATEÚS</b>	13 - Estado: <b>CE</b>	14 - CEP: <b>63.700-465</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(88) 99968-0286</b>	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>0747</b>	CONTA: <b>41.584</b>	AGÊNCIA: _____
(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.		

## 22 - 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 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 discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

**34**  
Impressão digital da vítima ou beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019**

\* *Jose Junior Coelho Bezerra*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Daniela Gomes Lider*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3155 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 08:18:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - LOCALIDADE DE VILA GRAÇA, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

#### Noticiante(s)

Nome: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**  
Nascimento: **20/02/1979** CPF: **952.516.183-87**  
RG: **35175992000** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA**  
**JOSE ALVES BEZERRA**  
Endereço: **RUA PROF. NETO, 76**  
Bairro: **IPASE** CEP:  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99994-1353**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQZ4489** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC1610AR005533** Renavam: **170286045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA de placa: NQZ4489 HONDA/CG150 TITAN MIX KS, na CE 187, mas precisamente na localidade de VILA GRAÇA, a uma velocidade 50km/h, quando o PNEU TRASEIRO da motocicleta supra estourou e veio a perder o controle, caindo ao solo; QUE foi socorrido por duas amigas, que vinha em um AUTOMÓVEL, e lhe socorreram até o HOSPITAL SÃO LUCAS desta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 079195, relatando: "PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO MÚLTIPHAS ESCORIAÇÕES, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM 5PDTI A DIREITA E ALGIA EM OMBRO ESQ"; QUE é HABILITADO, conforme carteira de habilitação nº 1474315215; QUE apresenta como testemunhas OCULARES do acidente supra as pessoas de nomes: ERICA MARIA BARBOSA FERNANDES, RG: 2003005006983 E CPF:004.952.063-69 RWTHELLY DE MELO BEZERRA, RG: 2008097100028 E CPF: 061.061.663-31, afirmado terem presenciado a vítima do acidente supracitado, caída ao solo, e tendo prestado-lhe socorro.

**OBSERVAÇÃO:** As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3155 / 2019

inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Wailson Bezerra*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

*Erica maria Barbosa Juvanis*

*Rene Gomes Mesquita  
Delegado de Policia  
Mat. n° 30124944*

*X Quithally de Melo Bezenna.*



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3155 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 08:18:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - LOCALIDADE DE VILA GRAÇA, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

#### Noticiante(s)

Nome: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**  
Nascimento: **20/02/1979** CPF: **952.516.183-87**  
RG: **35175992000** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA**  
**JOSE ALVES BEZERRA**  
Endereço: **RUA PROF. NETO, 76**  
Bairro: **IPASE** CEP:  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99994-1353**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQZ4489** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC1610AR005533** Renavam: **170286045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA de placa: NQZ4489 HONDA/CG150 TITAN MIX KS, na CE 187, mas precisamente na localidade de VILA GRAÇA, a uma velocidade 50km/h, quando o PNEU TRASEIRO da motocicleta supra estourou e veio a perder o controle, caindo ao solo; QUE foi socorrido por duas amigas, que vinha em um AUTOMÓVEL, e lhe socorreram até o HOSPITAL SÃO LUCAS desta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 079195, relatando: "PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO MÚLTIPHAS ESCORIAÇÕES, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM 5PDTI A DIREITA E ALGIA EM OMBRO ESQ"; QUE é HABILITADO, conforme carteira de habilitação nº 1474315215; QUE apresenta como testemunhas OCULARES do acidente supra as pessoas de nomes: ERICA MARIA BARBOSA FERNANDES, RG: 2003005006983 E CPF:004.952.063-69 RWTHELLY DE MELO BEZERRA, RG: 2008097100028 E CPF: 061.061.663-31, afirmado terem presenciado a vítima do acidente supracitado, caída ao solo, e tendo prestado-lhe socorro.

**OBSERVAÇÃO:** As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3155 / 2019

inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Wailson Bezerra*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

*Erica maria Barbosa Fiuza*

*Rene Gomes Mesquita  
Delegado de Policia  
Mat. n° 30124944*

*X Quithally de Melo Bezenna.*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
952.516.183-87 JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA</b>	6 - CPF: <b>952.516.183-87</b>		
7 - Profissão: <b>TELE ATENDENTE</b>	8 - Endereço: <b>RUA PROFESSOR NETO</b>	9 - Número: <b>76</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>IPASE</b>	12 - Cidade: <b>CRATEÚS</b>	13 - Estado: <b>CE</b>	14 - CEP: <b>63.700-465</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(88) 99968-0286</b>	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>0747</b>	CONTA: <b>41.584</b>	AGÊNCIA: _____
(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.		

## 22 - 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 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 discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

**34**  
Impressão digital da vítima ou beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019**

\* *Jose Junior Coelho Bezerra*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Daniela Gomes Lider*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
952.516.183-87 JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA</b>	6 - CPF: <b>952.516.183-87</b>		
7 - Profissão: <b>TELE ATENDENTE</b>	8 - Endereço: <b>RUA PROFESSOR NETO</b>	9 - Número: <b>76</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>IPASE</b>	12 - Cidade: <b>CRATEÚS</b>	13 - Estado: <b>CE</b>	14 - CEP: <b>63.700-465</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(88) 99968-0286</b>	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>0747</b>	CONTA: <b>41.584</b>	AGÊNCIA: _____
(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.		

## 22 - 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 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 discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019**

\* Jose Junior Coelho Bezerra

Daniela Gomes Lide

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Guia de atendimento - CONSULTORIOS**
**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA		CNS 131208911920007	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 35175992000				Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE					Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA				
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 98157503
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Conjuge				
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76			Município CRATEUS	UF CE

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento <b>CONSULTA COM PROCEDIMENTO</b>
Indicador de Acidente		Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA		

Observação

Sala	Date/Hora Liberação / /	às	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta	( ) Internação	( ) Óbito
------	----------------------------	----	-----	---------------------------	----------------	-----------

Sinais Vitais

Peso (kg) 65,000	Altura (cm) 165	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (ppm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%): 95	Glicemia (mg/dL)
---------------------	--------------------	----------------	----------------	---------------	-----------------------	----------------------	------------------

**Classificação de Risco**

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

**Relatório:**

paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corto contuso em 5 pdt a direita e algúm em ombro esq

**Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)**

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

HISTÓRIA DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA -APRESENTA SINCOPE

A: OK

B: OK MVU SEM R/A

C: ABD: INOCENTE

D: GLASGOW 13

E: LESÃO EM 5 ° PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição Dosagem Via Frequência Aprazamento

**AVALIAÇÃO DO TRAUMATO**

TC CRANIO

RX PÉ D

DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD 4mg E.V. 12/12 H

SGF 1000mL EV 1000ml E.V. 12/12 H

DIETA ZERO

OBSERVAÇÃO

CRM/EC: 15482/RQE: 9492  
Medico - Cirurgião Geral  
Dr. Joao Victor Melo

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

*Quothally de Melo,*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ

# 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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

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

CLIENTE: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000041584-0

---

Nr. da Autenticação B64C7B2BC345C379



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 012192565

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

09/2019

## Nº DO CLIENTE

81456

DV

## VENCIMENTO

10/10/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

204,28

## DATA EMISSÃO

12/09/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

Endereço RU PRO NETO 00076  
63700-000 CRATEUS IPASE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 760850-SCH-001 - CT008U04

## CPF / CNPJ

455.737.513-87

## AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A8D2.CB7A,4DC6.F9BE.683A.9AB1.7645.1CAF

## DATAS DE LEITURA

Anterior 14/08/2019 Atual 12/09/2019 Prev. Próx. Leitura 10/10/2019

## DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	50043.00	49830.00	213.00	0.00	0.00	0.00	1.00	213.00	213.00	0.77282	164.61

## Descrição da Conta

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

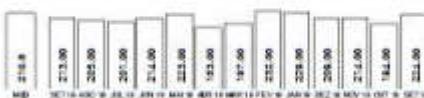
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC  
Consumo Adicional Band. Vermelha

213 0.77282

## CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

0 100

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	177,03	0,8100	1,42
COFINS	177,03	3,8900	6,51
ICMS	177,03	27,00	47,80

## ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:  
Mes/Ano Valor R\$

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/08 - 12/09

83860000002 6 04280031200 2 00340238103 8 00000081456 3





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 004248435

Companhia Energética do Ceará

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

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 sua conta de  
08/2019

## Nº DO CLIENTE

6567453

BV

## VENCIMENTO

24/09/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO

19/08/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome DANILo GOMES ARTUR  
Endereço RU DR JOAO TOME 01379  
63700-000 CRATEUS CENTRO  
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligaçāo MONOFÁSICO

Medidor 5233249-ELE-626 - CT011U23

## CPF / CNPJ

873.649.133-00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5E2A,D9C9,A0E1,4DBA,BF99,D614,347C,B9EF

## DATAS DE LEITURA

Anterior 19/07/2019 | Atual 19/08/2019 | Prev. Próx. Leitura 02/09/2019

## DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	4843,00	4843,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00000	0,00

## DESCRICAo DA CONTA

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

Credito De Pequenos Valores  
Multa

## CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSOES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

## Tributo:

## Base (R\$):

## Aliquota (%):

## Valor (R\$):

PIS/PASEP 0,00 0,00 0,00

COFINS 0,00 0,00 0,00

ICMS 0,00 0,00 0,00

## INFORMAÇOES IMPORTANTES

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 20/07- 31/07 Vermelha : 01/08- 19/08

## ATENÇÃO

## DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

06/2019 51,78

05/2019 51,29

04/2019 61,92

03/2019 60,34

Total 225,33

FATURA PAGA. NÃO RECEBER





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 012192565

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de

09/2019

## Nº DO CLIENTE

81456

DV

## VENCIMENTO

10/10/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

204,28

## DATA EMISSÃO

12/09/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

Endereço RU PRO NETO 00076  
63700-000 CRATEUS IPASE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 760850-SCH-001 - CT008U04

## CPF / CNPJ

455.737.513-87

## AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A8D2.CB7A,4DC6.F9BE.683A.9AB1.7645.1CAF

## DATAS DE LEITURA

Anterior 14/08/2019 Atual 12/09/2019 Prev. Próx. Leitura 10/10/2019

## DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	50043.00	49830.00	213.00	0.00	0.00	0.00	1.00	213.00	213.00	0.77282	164.61

## Descrição da Conta

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

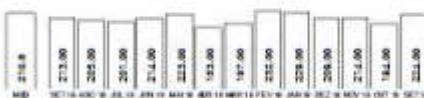
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC  
Consumo Adicional Band. Vermelha

213 0.77282

## CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

0 100

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
PIS/PASEP	177,03	0,8100	1,42
COFINS	177,03	3,8900	6,51
ICMS	177,03	27,00	47,80

## ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:  
Mes/Ano Valor R\$

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/08 - 12/09

83860000002 6 04280031200 2 00340238103 8 00000081456 3





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 004248435

Companhia Energética do Ceará

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

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 sua conta de  
08/2019

## Nº DO CLIENTE

6567453

BV

## VENCIMENTO

24/09/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO

19/08/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome DANILo GOMES ARTUR  
Endereço RU DR JOAO TOME 01379  
63700-000 CRATEUS CENTRO  
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligaçāo MONOFÁSICO

Medidor 5233249-ELE-626 - CT011U23

## CPF / CNPJ

873.649.133-00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5E2A,D9C9,A0E1,4DBA,BF99,D614,347C,B9EF

## DATAS DE LEITURA

Anterior 19/07/2019 | Atual 19/08/2019 | Prev. Próx. Leitura 02/09/2019

## DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	4843,00	4843,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00000	0,00

## DESCRICAo DA CONTA

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

Credito De Pequenos Valores  
Multa

## CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSOES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

## Tributo:

PIS/PASEP

## Base (R\$):

0,00

## Aliquota (%):

0,00

## Valor (R\$):

0,00

COFINS

0,00

0,00

0,00

ICMS

0,00

0,00

0,00

## INFORMAÇOES IMPORTANTES

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 20/07- 31/07 Vermelha : 01/08- 19/08

## ATENÇÃO

## DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

06/2019 51,78

05/2019 51,29

04/2019 61,92

03/2019 60,34

Total 225,33

FATURA PAGA. NÃO RECEBER



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu DANILO GOMES ARTUR

inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87, 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: RUA DR. JOAO TOME		Número: 1379	Complemento: CASA ALTOS
Bairro: CENTRO	Cidade: CRATEUS	Estado: CE	CEP: 63.702-265
E-mail:		Tel.(DDD): (88) 99915-9444	

Local e Data: CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019



Assinatura do Declarante

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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu DANILO GOMES ARTUR

inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87, 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: RUA DR. JOAO TOME		Número: 1379	Complemento: CASA ALTOS
Bairro: CENTRO	Cidade: CRATEUS	Estado: CE	CEP: 63.702-265
E-mail:		Tel.(DDD): (88) 99915-9444	

Local e Data: CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019



Assinatura do Declarante

**Guia de atendimento - CONSULTORIOS**
**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA		CNS 131208911920007	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE					Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA			Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA			
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 98157503
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Conjugado				
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS		UF CE	

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento <b>CONSULTA COM PROCEDIMENTO</b>
Indicador de Acidente Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA				

Observação

Sala	Date/Hora Liberação / /	è	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta	( ) Internação	( ) Óbito
------	----------------------------	---	-----	---------------------------	----------------	-----------

Sinais Vitais

Peso (kg) 65,000	Altura (cm) 165	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (ppm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%): 95	Glicemia (mg/dL)
---------------------	--------------------	----------------	----------------	---------------	-----------------------	----------------------	------------------

**Classificação de Risco**

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

**Relatório:**

paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corto contuso em 5 pdt a direita e algúm em ombro esq

**Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)**

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

HISTÓRIA DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA -APRESENTA SINCOPE

A: OK

B: OK MVU SEM R/A

C: ABD: INOCENTE

D: GLASGOW 13

E: LESÃO EM 5 ° PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição Dosagem Via Frequência Aprazamento

**AVALIAÇÃO DO TRAUMATO**

TC CRANIO

RX PÉ D

DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD 4mg E.V. 12/12 H

SGF 1000mL EV 1000ml E.V. 12/12 H

DIETA ZERO

OBSERVAÇÃO

CRM/EC: 15482/RQE: 9492  
Medico - Cirurgião Geral  
Dr. Joao Victor Melo

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

*Quothally de Melo,*

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0007	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil: Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA		
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão TELE ATENDENTE		Empresa	Conjuge	
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA		CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 09:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário	MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA

Observação

Saia	Data/Hora Liberação	ás	hs.	Tipo de Saída	( ) Alta	( ) Internação	( ) Óbito
	/ /						

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
		36,1	1003	15	141 X 87	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 09:09

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO E OMBRO ESQUERDO, REALIZOU RAIOS X E NÃO EVIDENCIOU FRATURAS SIC  
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/07/2019 10:43:10h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ESTAVA EM OBSERVAÇÃO POREM ASSINOU TERMO PARA ALTA  
ALGIA EM OMBRO ESQUERDO

FRATURA + LESÃO EM 5º PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

*Robson Ferreira Lima*  
COREN-CE: 954994-TE

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 10:43 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição Dosagem Via Frequência Aprazamento

CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar 100mg E.V. 12/12 H

*H* *JB*

*Dr. João Victor Melo*  
Médico - Cirurgião Geral  
CREMEC: 15482 RQE: 9492

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

*Lúcio*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ

DATA	CARIMBO
05-07-19 14:00 paciente admitido neste unidade hospitalar suspeita de encarcerado, orientado vir baliza de ambulância, com histórico de acidente de trânsito, apresenta trauma em pé, sangramento, rute- ri dor no momento, nega HAB, DAS, alteração medicamentosa ou eliminação fisiológicas presentes segue os CCE	Robson Ferreira Lima COREN-CE 954994-TE
05-07-19 paciente aguarda avaliação do traumatologista o qual foi avisado.	Robson Ferreira Lima COREN-CE 954994-TE
05-07-19 às 13:00 hr:- Paciente em repouso no leito para tratamento clínico, em HO; oriente motor- elétrico. Consciente, orientado em tempo e espaço, responde aos estímulos verbais, olhos, nariz, colaborativo, em O2 ambiente. Apresentando pulmao do em 120. Sem queixas dolorosas no momento. Aguarda evolução do trauma. Se- gue os CCE.	Silva Adão Oliveira COPAG/UFSC/2016
05-07-19 às 18:30 paciente encaminhado para Centro Cirúrgico — II —	JUL FABRIZIO GOMES BARBOSA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN-CE 00215

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SSpO2 = saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentéricca; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical Demora.  
 EQ: Mod. 019

# Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

Dt do Atend: 05/07/2019 Dt de Nasc: 20/02/1979  
Convênio SUS Médico JOAO VICTOR LEITAO MELO

Admissão no Centro Cirúrgico: 05/07/19 Horas: 18:45 Cirurgia Proposta: *Próstata S' prostatite*  
PA: 150x100 FC: 85 FR: 20 T: - SpO2 98 Glicemia: -

Encaminhamento às 19:47 Para sala: (-)

Admissão na sala: (-) Horas: 19:48

Medicação pré-anestésica: (x) Não ( ) Sim Qual \_\_\_\_\_

Anestesista: m mmr Tipo de Anestesia: ( ) Raquidiana ( ) Geral (x) Local

( ) Bloqueio Anestésico ( ) Sedação Início da anestesia 19:48 Sala: 4

Cirurgião: m mmr 1º Auxiliar Instrumentador(a) amr /

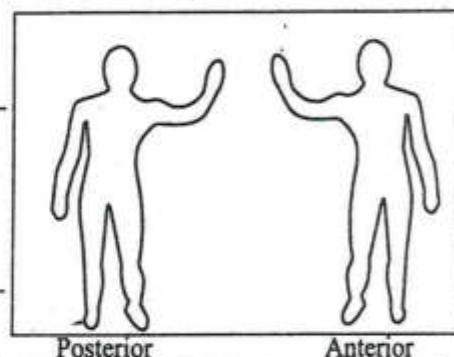
Início da Cirurgia 19:50

Posição do paciente: (x) Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral

( ) Outra: \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas:

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| (x) clorohexidina Degermante | Localização de:        |
| ( ) iodopolidona Degermante  | (o) Eletrodos          |
| ( ) iodopolidona Tópico      | (--) Incisão Cirúrgica |
| ( ) álcool iodado            | (=) placa de Bisturi   |
| ( ) álcool 70%               | (#) Drenos             |



Parto Cesariana: RN1º Hora: \_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Apresentação Fetal: \_\_\_\_\_, RN2º

RN Encaminhamento às \_\_\_\_: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Transoperatório: PA: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ T: \_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_

Infusão de: ( ) Concentrado de Hemácias ( ) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: \_\_\_\_\_

Destino: ( ) Biopsia Laboratório ( ) outro: \_\_\_\_\_

Exames durante o transoperatório: ( ) RX ( ) Laboratorial ( )

Termino da Cirurgia 19:55 PA: 150/70 FC: 94 FR: 20 T: 36,5 SpO2 98

Cirurgia Realizada: *Suturas com cateter periférico*

Encaminhamento às \_\_\_\_: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| (x) Curativo - Tipo <i>com pressão</i> | ( ) Tubo Endotraqueal   |
| ( ) Dreno                              | ( ) Sonda Vesical       |
| ( ) Imobilizador                       | ( ) Tampão              |
| ( ) Cateter de oxigênio 02             | ( ) Bolsa de Colostomia |
| ( ) Cateter venoso central             | ( ) Outros _____        |
| (x) Cateter venoso periférico          | ( ) outros _____        |

Observação: *AVOIDAR COPIAS OU AUTOTRANSFERIR MENSAGENS NO PRONTUÁRIO*

*Assinatura assinada em silêncio*

Assinatura/Carambo  
circulante C 2026 33676

Im: 1/1  
Se: 2

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

WL: 5330 WW: 8526 [D]

05/07/2019 00:33:20



D



JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

79195

20/02/1979 M

HOSPITAL SAO LUCAS

05/07/2019 00:34:47

WL: 4953 WW: 8978 [D]

Im: 1/1  
Se: 3

Im: 1/1  
Se: 5

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS



E

WL: 6015 WW: 14090 [D]

05/07/2019 00:39:50

Im: 1/1

Se: 1

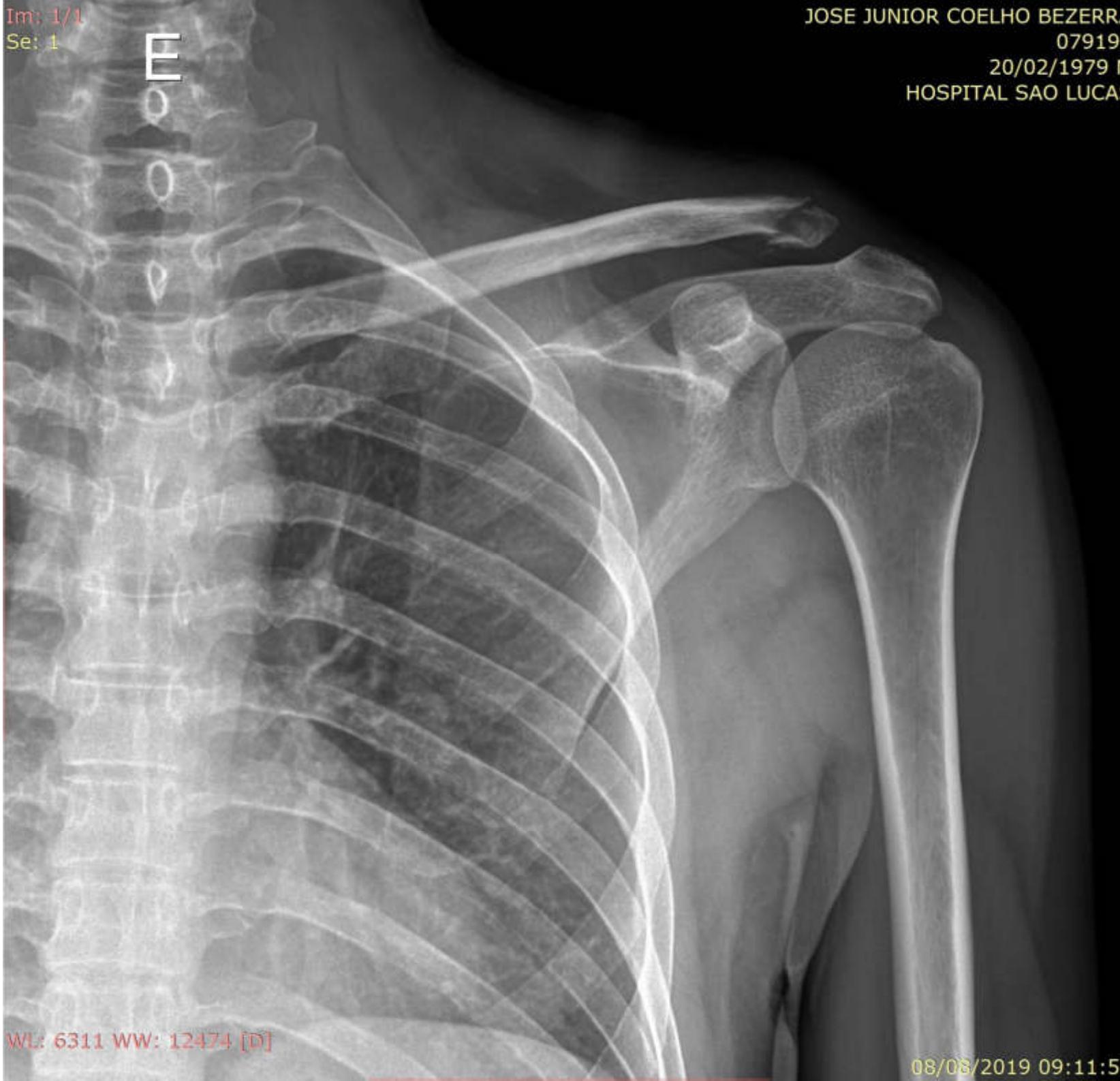
JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

079195

20/02/1979 M

HOSPITAL SAO LUCAS

E



WL: 6311 WW: 12474 [D]

08/08/2019 09:11:51

**Guia de atendimento - CONSULTORIOS**
**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA		CNS 131208911920007	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 35175992000				Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE					Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA				
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 98157503
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Conjuge				
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76			Município CRATEUS	UF CE

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento <b>CONSULTA COM PROCEDIMENTO</b>
Indicador de Acidente		Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA		

Observação

Sala	Date/Hora Liberação / /	è	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta	( ) Internação	( ) Óbito
------	----------------------------	---	-----	---------------------------	----------------	-----------

Sinais Vitais

Peso (kg) 65,000	Altura (cm) 165	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (ppm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%): 95	Glicemia (mg/dL)
---------------------	--------------------	----------------	----------------	---------------	-----------------------	----------------------	------------------

**Classificação de Risco**

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

**Relatório:**

paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corto contuso em 5 pdt a direita e algúm em ombro esq

**Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)**

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

HISTÓRIA DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA -APRESENTA SINCOPE

A: OK

B: OK MVU SEM R/A

C: ABD: INOCENTE

D: GLASGOW 13

E: LESÃO EM 5 ° PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição Dosagem Via Frequência Aprazamento

**AVALIAÇÃO DO TRAUMATO**

TC CRANIO

RX PÉ D

DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD 4mg E.V. 12/12 H

SGF 1000mL EV 1000ml E.V. 12/12 H

DIETA ZERO

OBSERVAÇÃO

CRM/EC: 15482/RQE: 9492  
Medico - Cirurgião Geral  
Dr. Joao Victor Melo

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

*Quothally de Melo,*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0007	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil: Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA		
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão TELE ATENDENTE		Empresa	Conjuge	
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA		CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 09:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário	MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA

Observação

Saia	Data/Hora Liberação	ás	hs.	Tipo de Saída	( ) Alta	( ) Internação	( ) Óbito
	/ /						

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
		36,1	1003	15	141 X 87	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 09:09

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO E OMBRO ESQUERDO, REALIZOU RAIOS X E NÃO EVIDENCIOU FRATURAS SIC  
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/07/2019 10:43:10h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ESTAVA EM OBSERVAÇÃO POREM ASSINOU TERMO PARA ALTA  
ALGIA EM OMBRO ESQUERDO

FRATURA + LESÃO EM 5º PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

*Robson Ferreira Lima*  
COREN-CE: 954994-TE

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 10:43 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição Dosagem Via Frequência Aprazamento

CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar 100mg E.V. 12/12 H

*H* *JB*

*Dr. João Victor Melo*  
Médico - Cirurgião Geral  
CREMEC: 15482 RQE: 9492

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

*Lúcio*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ

DATA	CARIMBO
05-07-19 14:00 paciente admitido neste unidade hospitalar suspeita de encarcerado, orientado vir baliza de ambulância, com histórico de acidente de trânsito, apresenta trauma em pé, sangro e, refe- ri dor no momento, nega HAB, DAS, alteração medicamentosa ou eliminação fisiológica presentes segue os CCE	Robson Ferreira Lima COREN-CE 954994-TE
05-07-19 paciente aguarda avaliação do traumatologista o qual foi avisado.	Robson Ferreira Lima COREN-CE 954994-TE
05-07-19 às 13:00 hr:- Paciente em repouso no leito para tratamento clínico, em H.O; oriente motor- elétrico. Consciente, orientado em tempo e espaço, responde aos estímulos verbais, olhos, nariz, colaborativo, em O2 ambiente. Apresentando pulmao ato em 120. Sem queixas dolorosas no momento. Aguarda evolução do trauma. Se- gue os CCE.	Silva Adão Oliveira COPAG/UFSC/2016
05-07-19 às 18:30 paciente encaminhado para Centro Cirúrgico — II —	JUL FABRIZIO GOMES BARBOSA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN-CE 00215

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SSpO2 = saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentéricca; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical Demora.  
 EQ: Mod. 019

Admissão no Centro Cirúrgico: 05/07/19 Horas: 18:45 Cirurgia Proposta: *Próstata S' prostatite*  
PA: 150x100 FC: 85 FR: 20 T: - SpO2 93 Glicemia: -

Encaminhamento às 19:47 Para sala: (-)

Admissão na sala: (-) Horas: 19:48

Medicação pré-anestésica: () Não () Sim Qual \_\_\_\_\_

Anestesista: m mmr Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral () Local

() Bloqueio Anestésico () Sedação Início da anestesia 19:48 Sala: 4

Cirurgião: m mmr 1º Auxiliar Instrumentador(a) amr /

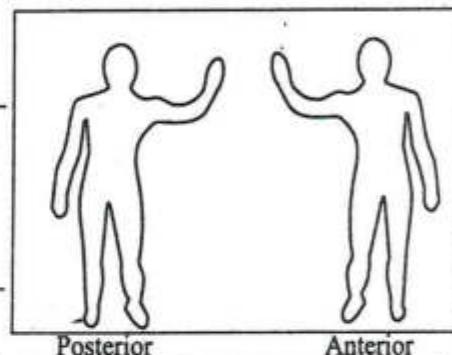
Início da Cirurgia 19:50

Posição do paciente: () Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral

() Outra: \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas:

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) clorohexidina Degermante | Localização de:       |
| ( <input type="checkbox"/> ) iodopolidona Degermante             | (o) Eletrodos         |
| ( <input type="checkbox"/> ) iodopolidona Tópico                 | (-) Incisão Cirúrgica |
| ( <input type="checkbox"/> ) álcool iodado                       | (=) placa de Bisturi  |
| ( <input type="checkbox"/> ) álcool 70%                          | (#) Drenos            |



Parto Cesariana: RN1º Hora: \_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Apresentação Fetal \_\_\_\_\_, RN2º \_\_\_\_\_

RN Encaminhamento às \_\_\_\_: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Transoperatório: PA: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ T: \_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: \_\_\_\_\_

Destino: () Biopsia Laboratório () outro: \_\_\_\_\_

Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial ()

Termino da Cirurgia 19:55 PA: 150/70 FC: 94 FR: 20 T: 36,5 SpO2 93

Cirurgia Realizada: *Surgeon - romntico - m - m*

Encaminhamento às \_\_\_\_: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Curativo - Tipo <i>commissão</i> | ( <input type="checkbox"/> ) Tubo Endotraqueal   |
| ( <input type="checkbox"/> ) Dreno _____                                 | ( <input type="checkbox"/> ) Sonda Vesical       |
| ( <input type="checkbox"/> ) Imobilizador _____                          | ( <input type="checkbox"/> ) Tampão              |
| ( <input type="checkbox"/> ) Cateter de oxigênio 02                      | ( <input type="checkbox"/> ) Bolsa de Colostomia |
| ( <input type="checkbox"/> ) Cateter venoso central                      | ( <input type="checkbox"/> ) Outros _____        |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) cateter venoso periférico        | ( <input type="checkbox"/> ) outros _____        |

Observação: *AVOIDAR COPIAS AS FOTOCOPIAS MELHOREM MUITO NO PRONTUÁRIO*

*Assinatura assinada em si*

Assinatura/Carambo  
circulante

*C 2026 33676*

Im: 1/1

Se: 1

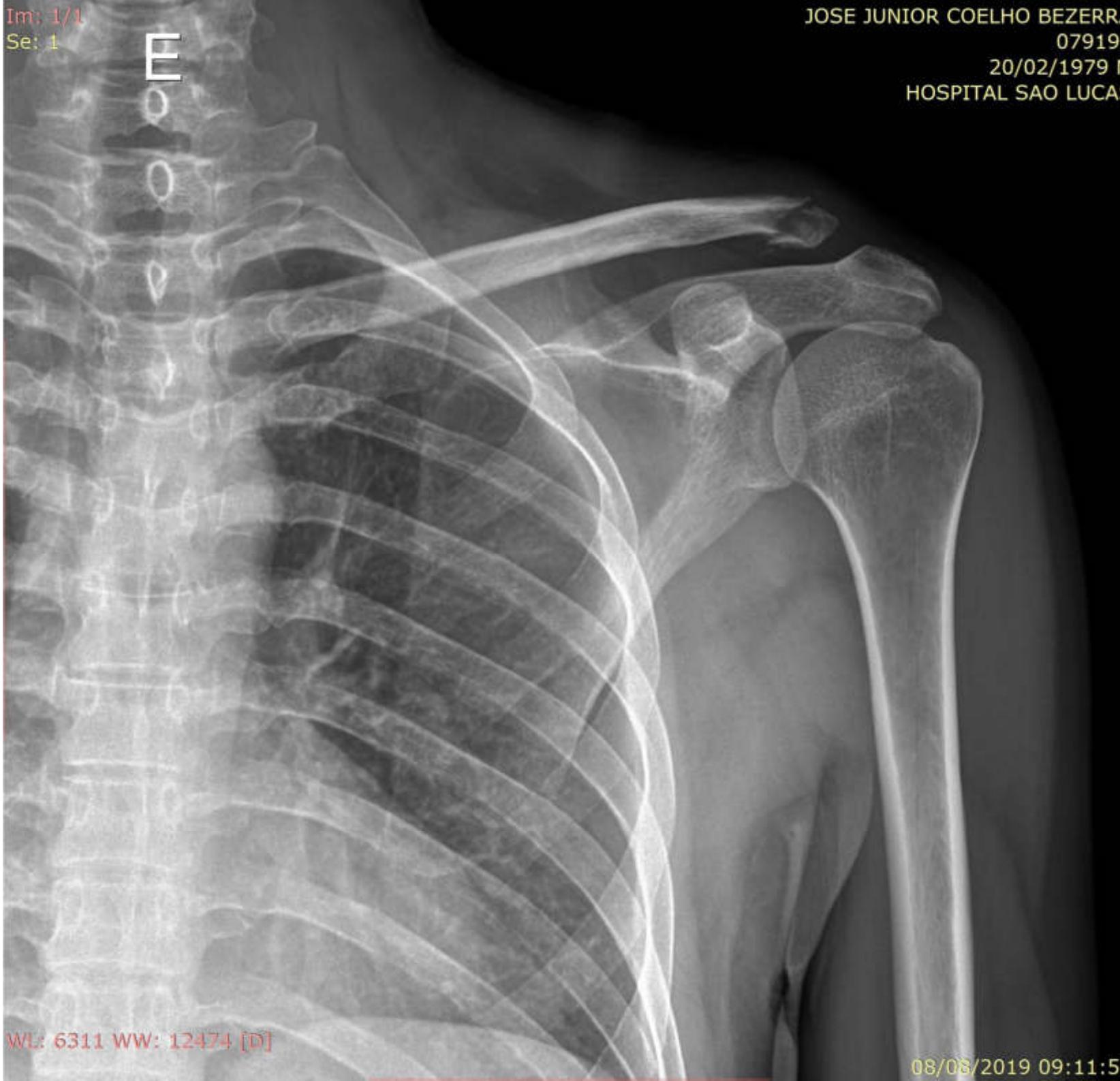
E

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

079195

20/02/1979 M

HOSPITAL SAO LUCAS



WL: 6311 WW: 12474 [D]

08/08/2019 09:11:51

Im: 1/1  
Se: 5

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS



E

WL: 6015 WW: 14090 [D]

05/07/2019 00:39:50



JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

79195

20/02/1979 M

HOSPITAL SAO LUCAS

05/07/2019 00:34:47

WL: 4953 WW: 8978 [D]

D

Im: 1/1

Se: 3

Im: 1/1  
Se: 2

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

WL: 5330 WW: 8526 [D]

05/07/2019 00:33:20



D

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Nome Completo: JOSE JUNIOR COELHO BECCERA  
CPF e/ou RG: 952.536.383-87

### Informações do Acidente

Data do acidente: 04/07/2019.

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA PROXIMAL DO UMERO ESO. E FRATURA DO S<sup>º</sup> PODODÁCTICO DIREITO.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRETRAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO S<sup>º</sup> PODODÁCTICO DIR. E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMERO ESO. E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LIMITAÇÃO LEVE DA ROTACAO EXTERNA E INTERNA DO OMBRO ESO. COM DEDENMAÇÃO EM OMERO ESO. E ENRUPÇÃO ARTICULAR; DOR COM LIMITAÇÃO DA A.D.M EM 20% SOLTURA DO S<sup>º</sup> PODODÁCTICO DIR.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatómico e percentual:

1<sup>ª</sup> Lesão: OMERO ESO.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2<sup>ª</sup> Lesão: S<sup>º</sup> PODODÁCTICO DIR.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3<sup>ª</sup> Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4<sup>ª</sup> Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

16.10.19. CRIZOLUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

+ José Júnior e Zogma  
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Maia Filho  
MÉDICO  
CRM-CE 19150











**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 014329519271

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 01 95285045 | DATA: 2018

LEME | 01 95285045 | NOME: JOSÉ S. LIMA

JUSÉU JUNIOR

CRATEús

CEP: 58300-000

PLACA: ANQZ4499

CHASSI: CAR005533

COMBUSTÍVEL: ESSO / ALCO

ESPECIFICO: 01

PERÍODO: 01/01/2018

MARCA/MODELO: HONDA MOTO CBR 600 RR

CATEGORIA: FART

VENCIMENTO: 2019

VELOCIDADE: 160 KM/H

CE Nº 014329519271 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

Nº 2439

95291619387  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralidec.com.br](http://www.seguradoralidec.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

014329519271

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

01 95285045

155019258

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

LOTE: 014329519271

SEGURADORA: LIBER-DPVAT

LOTE: 014329519271

DATA: 10/05/2019

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO TOTAL (R\$): 100,00

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO: 26/12/2018

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

PREMIO P/ IPVA (R\$): 10,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337360/19

**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF:** 952.516.183-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

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

### JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA : 952.516.183-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019  
Nome: DANILO GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

DANILO GOMES ARTUR

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589579 Cidade: Crateús Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA Data do acidente: 04/07/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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

Data da análise: 22/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO EM 5º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO 5º DEDO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO. E LEVE 5º DEDO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO, CRM: 19150, DATA:16/10/2019,PÁG 9.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190589579      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA      **Data do acidente:** 04/07/2019      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO EM 5º PODODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 5º DEDO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO, CRM: 19150, DATA:16/10/2019,PÁG 1.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão TELE ATENDENTE, residente e domiciliado(a) na RUA PROFESSOR NETO, nº. 76, complemento SEDE bairro IPASE, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-465, portador(a) do RG nº 3517599-2000, SSP/CE e CPF nº 952.516.183-87.

Outorgado: DANILLO GOMES ARTUR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DOUTOR JOÃO TOMÉ, nº 1379, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA Cep.: 63.702-265, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/CE e CPF nº 873.649.133-00.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro da natureza INVALIDEZ e/ou DAMS, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, ocorrido em 04/07/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CRATEÚS/CE, 26 de SETEMBRO de 2019.



Outorgante JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
CPF Nº 952.516.183-87



RECONHECO A(S) FIRMA(S) <u>por</u> <u>autenticidade de Jose</u> <u>Junior Coelho Bezerra</u>	Dou fé.
Crateús 26 SET 2019	
Em testemunho <u>Elaine Cristina da Silva Nascimento</u> da verdade	

CARTÓRIO MARTINS  
Elaine Cristina da Silva Nascimento  
Substituta  
Crateús - Ceará

Neste documento () Reconhecimento da Firma () Procuração () Escritura sem valor Declarado () Divórcio sem valor Declarado Foi aplicado o selo tipo GS, conforme autorização do TJCE, na Portaria Nº 1.099/2019, Publicada no Diário da Justiça em 09/07/2019

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

## PROCURAÇÃO

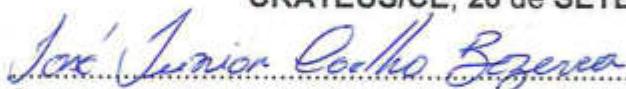
Outorgante: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão TELE ATENDENTE, residente e domiciliado(a) na RUA PROFESSOR NETO, nº. 76, complemento SEDE bairro IPASE, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-465, portador(a) do RG nº 3517599-2000, SSP/CE e CPF nº 952.516.183-87.

Outorgado: DANILLO GOMES ARTUR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DOUTOR JOÃO TOMÉ, nº 1379, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA Cep.: 63.702-265, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/CE e CPF nº 873.649.133-00.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro da natureza INVALIDEZ e/ou DAMS, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, ocorrido em 04/07/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CRATEÚS/CE, 26 de SETEMBRO de 2019.



Outorgante JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
CPF Nº 952.516.183-87



RECONHECO A(S) FIRMA(S) <u>por</u> <u>autenticidade de Jose</u> <u>Junior Coelho Bezerra</u>	Dou fé.
Crateús 26 SET 2019	
Em testemunho <u>Elaine Cristina da Silva Nascimento</u> da verdade	

CARTÓRIO MARTINS  
Elaine Cristina da Silva Nascimento  
Substituta  
Crateús - Ceará

Neste documento () Reconhecimento da Firma () Procuração () Escritura sem valor Declarado () Divórcio sem valor Declarado Foi aplicado o selo tipo GS, conforme autorização do TJCE, na Portaria Nº 1.099/2019, Publicada no Diário da Justiça em 09/07/2019

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337360/19

**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF:** 952.516.183-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

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

### JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA : 952.516.183-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019  
Nome: DANILO GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

DANILO GOMES ARTUR

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362264/19

**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF:** 952.516.183-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

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

### JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA : 952.516.183-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: DANILO GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

DANILO GOMES ARTUR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA