

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MIRIAM PAULINO ALVES**

Nº Sinistro: **3180160061**

Vitima: **MIRIAM PAULINO ALVES**

Data do Acidente: **05/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160061**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12641560



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MIRIAM PAULINO ALVES  
Nº Sinistro: 3180160061  
Vitima: MIRIAM PAULINO ALVES  
Data do Acidente: 05/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160061**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MIRIAM PAULINO ALVES

Sinistro: 3180160061  
Vítima: MIRIAM PAULINO ALVES  
Data do Acidente: 05/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160061** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873492

A/C: MIRIAM PAULINO ALVES

Nº Sinistro: 3180160061  
Vítima: MIRIAM PAULINO ALVES  
Data do Acidente: 05/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MIRIAM PAULINO ALVES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **00000684**

Conta: **0000064198-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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**

Sinistro: **3180160218**  
Nome do(a) Examinado(a): **FABIO MATIAS DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **VILA SANTANA nº 0 - LIVRAMENTO - MONSENHOR TABOSA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20074245516 - SSP**  
Data e local do acidente: **22/11/2017 TAMBORIL/CE**  
Data e local do exame: **27/04/2018 BOA VIAGEM/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**PACIENTE SOFREU TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM DERRAME ARTICULAR EXTENSO**

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

**DA FRATURA DE CLAVICULA: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPÓIA IMOBILIZADORA REMOVIVEL E MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DA DOR DA DERRAME ARTICULAR: DRENAGEM COM DRENO DE PENROSE POR 05 DIAS E DRENADO NOVAMENTE APOS 15 DIAS .ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E ALTA MÉDICA.**

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

**PRESENÇA DE DESVIO ROTACIONAL DA CLAVICULA DIREITA, E LIMITAÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO E CREPTACOES AO FLEXIONAR O JOELHO DIREITO, SEM DANO FUNCIONAL;**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO NO OMBRO DIREITO**

**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(\*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR EM RELAÇÃO AO JOELHO. SEM DANO FUNCIONAL. -**

**Médico Perito: MARCIO CLEBIO FONSECA COSTA CRM:16208/CE**

  
Dr. Marcio Clebio Fonseca Costa  
MÉDICO  
CRM/CE 16.208

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: SL80 1600 61 CPF da Vítima: 462.177-033-00 Nome completo da vítima: MIRIAM PAULINO ALVES

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

Nome completo: MIRIAM PAULINO ALVES CPF titular da conta: 462.177-033-00 Profissão: RECEBIDA SE  
Endereço: RUA JOAQUIM CABOCCO Número: 71 Complemento: CASA  
Bairro: VELA DO FRANCISCO Cidade: CERATO Estado: CEARA CEP: 6000-200  
Email: (33) 99989682 Telefone (DDD): (33) 99989682

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO EM FORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRadesco (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0684 D.V.: 000 64348 D.V.: 9  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO: CAIXA Nome: MIRIAM PAULINO ALVES  
AGÊNCIA: 0684 D.V.: 000 64348 D.V.: 9  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CERATO - CE, 08 de Maio de 2018  
Local e Data

Miriam Paulino Alves  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

MIRIAM PAULINO ALVES  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**INVESTPREV  
SEGURADORA S/A**  
  
08 MAIO 2018  
  
**ENTRADA**



INVESTPREV  
SEGURADORA S/A  
09 MAIO 2018  
ENTRADA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 446 - 828 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **30/01/2018 08:32:15**  
 Data / Hora da Ocorrência: **05/11/2017 17:20:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA THOMAZ OSTERNE DE ALENCAR**  
 Complemento:  
 Bairro: **VILA ALTA** Município: **CRATO/CE**  
 Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO ELDORADO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO**  
 Nascimento: **14/04/1979** CPF: **845.665.07-00**  
 RG: **306473996** Órgão Emissor:  
 Filiação: **BARBARA DE CASTRO ALVES**  
**FRANCISCO DIONIZIO ALVES**  
 Endereço: **RUA JOAQUIM CABLOCO, 71**  
 Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO**  
 Município: **CRATO/CE**  
 País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99909-5740**

Nome: **MIRIAM PAULINO ALVES**  
 Nascimento: **03/08/1970** CPF: **462.177.033-00**  
 RG: **2002034002976** Órgão Emissor:  
 Filiação: **ALZENIR PEREIRA DA COSTA**  
**ELIZEU PAULINO DA COSTA**  
 Endereço: **RUA JOAQUIM CABLOCO, 71**  
 Bairro: **VILA SÃO FRANCISCO**  
 Município: **CRATO/CE**  
 País: **BRASIL**

**INVESTPREV  
SEGURODORA S/A****06 ABR. 2018****ENTRADA**Telefone: **(88) 99994-9456****Dados do(s) Veículo(s)**

1.) Placa: **PMZ3747** Ur: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2KD0550ER350071** Renavam: **1036689430** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
 Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO**  
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIACÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA, MIRIAM PAULINO ALVES; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO SABIDA E CONDUTOR CONHECIDO POR





COLIDIR COM A MOTOCICLETA EM QUE ANDAVAM AS VÍTIMAS, QUE EM VIRTUDE AMBOS CAIRAM AO SOLO FICANDO LESIONADOS; QUE TEVE SOCORRÕES E CORTE EM UMA DAS PERNAS E SUA ESPOSA FRATUROU O PE, QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS SELO SAMU, QUE FOI ENCAMINHADO

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Pág. 1 de 1

Arquivado em 04/10/2019 às 10:20



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 828 / 2019

AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO E SUA ESPOSA FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO EM CRATO, CONSTATANDO SE AS LESÕES DESCRITAS NOS LAUDOS MÉDICOS, PRONTUÁRIOS ANEXOS, QUE É HABITADO E É REGISTRO O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DE VIDA, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

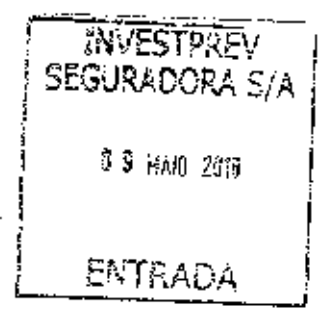
ANA LUIZA CORREIA - MAT. 130014-2-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: LEO DIONATO ALVES FERREIRA

VISTO DO DELEGADO:

DENIS LEONARDO PEREIRA DA SILVA - MAT. 162757-1-7

Vítima: CARLOS e Miriam Paulino Alves



# 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: 21/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: MIRIAM PAULINO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000064198-9

---

Nr. da Autenticação 50A7343FA9213805



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 509923975

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848.3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2003

Esta é a segunda via de

JAN/2018

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2887262

2

VENCIMENTO

01/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

End. da Unidade Consumidora RU JOAQUIM CABOCLIO 00071 VL SAO FRANCISCO CRATO 60000000

RG / CPF / CNPJ 845.665.073-00

CGF

Classe 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 10973 10902 1 71 0 71

## DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

## ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17494	5,24
Consumo faixa 31-100 Kwh	41	0,29991	12,30

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
Apresentação

22/01/2018

Prev. Próxima  
Leitura

20/02/2018

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A5DA.5199.8BDD.57FF.D718.6AB7.F220.0815

## ICMS

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

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	8,23
TRANSMISSÃO	0,62
DISTRIBUIÇÃO	5,59
ENCARGOS SETORIAIS	1,93
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,97

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

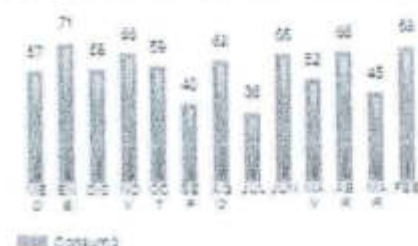
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,70

Conjunto

Mes. NOV/ 2017

	Padrão Individual			Agrupação 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)



Consumo

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>)

0,00 0,00 0,00

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2887262-2

N° da Nota Fiscal: 509923975

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão:

29/01/2018

Referência: JAN/2018

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRIAM PAULINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 462.177.033/00, do sinistro de DPVAT cobertura ILUVALIDEZ da Vítima MIRIAM PAULINO ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 462.177.033/00, 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 <b>RUA BEATA MARIA DE ARAUJO</b>		Número <b>09</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>ROMEIRÃO</b>	Cidade <b>JUAZEIRO DO NORTE</b>	Estado <b>CEARÁ</b>	CEP <b>63.050-720</b>
Email <b>LORDNALDO@YAHOO.COM</b>		Telefone comercial(DDD) <b>(88) 3512-4870</b>	Telefone celular (DDD) <b>(88) 988070712</b>

CRATO-CE, 07 de MARÇO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante





# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO,

portador do RG: 306473996, data de expedição 13/07/2014,

órgão expedidor DNT - CNH / CE, CPF: 814151161615110173112101

com domicílio na cidade de Crato, no estado de CE,

onde resido na Rua Joaquim Cabral 71 VL São Francisco

número 71, complemento Não

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, Minicam Paulino Alves

cujo condutor era FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO

VEÍCULO: Motocicla

ANO: 2014/2014

MODELO: Honda/NXR150 Bros FS

PLACAS: PM73747

CHASSI: 9C7KRD0550ER350071

DATA DO ACIDENTE: 05/11/2017

Crato - CE 03/01/2018  
Local e Data



FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO

Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

## CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRATO-CE,  
30/01/2018

TEÓFILO ANTÔNIO COELHO RODRIGUES - Tabelião  
MARCELO FARIAS DE LIMA - Escrevente  
EUCIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrevente  
MARIA LUCIVALDA DE LIMA - Escrevente  
JANINE LILIANA PEREIRA LOPES - Escrevente





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*



## 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** prestou atendimento à Sra. **MIRIAM PAULINO ALVES**, portadora do RG 2002034002976 inscrita no CPF 46217703300, no dia 05/11/2017, às 17h30, no município de Crato/CE, na Av. Tomas Osterne de Alencar, vítima de colisão carro com moto, sendo encaminhada para o **Hospital São Raimundo**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 22 de Novembro de 2017

**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 05/11/2017 18:43

N.Atendimento...: 452288  
Data Atendimento: 05/11/2017 Hora:18:41  
Médico Respons...: MARCEL DE ALENCAR PITA  
Recepcionista...: RODRIGO  
Setor Atend.....: CONSULTORIO

Convênio.: BPA SUS  
Matricula: 898002700011122  
Guia.:  
Tipo de Atend...: AMBULATORIAL  
Serviço: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: MIRIAM PAULINO ALVES  
Dta Nasc.: 03/08/1970 - 47 Anos - Sexo: FEMININO Est.Civil:CASADO Pront: 100294  
Endereço.: RUA JOAQUIM CABOCLO 71 CASA RG: 2002034002971  
Cep.....: 63132070 Bairro:PONTA DA SERRA Município:CRATO  
Estado...: CE Resp...: MARIA PAULINO DE SOUSA CRUZ  
Fone: 8899949456 97447161

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Itern. [ ] Outro [ ] Clínica [ ] Cirurg [ ] Obst. [ ] Ped. [ ] Oftalmo. [ ] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[ ] RAO-X

[ ] ULTRASSOM

[ ] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO *trauma no braço esquerdo de mto tempo*

*amputado - edema de mto*

DIAGNÓSTICO *fr de 3º MT*

PROCEDIMENTO *Bot final de fr de 3º MT*  
*(RX de ombro)*

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dr. MARCEL PITA  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 19671 DEOT 12913

Dr. (a) MARCEL DE ALENCAR PITA  
CRM: 010671 CPF: 65782135387

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA

*M. Paulino*  
Paciente / Responsável



HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

**Atestado Médico**

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente MIRIAM

PEREIRA ALVES

encontra-se em tratamento

Amnésico

necessitando de 60 (sessenta) dias

de afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

D<sup>r</sup>. MARCEL PITA  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 19674 / TED 12315

C.I.D. 592

Crato-CE, 05, 11, 17



Av. Teodorico Teles, 99 - Centro - Crato - CE - Fone: (88) 3523-2600

005 - Atestado Médico

Ecoprint

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES  
Fone: 88 3523-2600 Fax: 88 3523-2621

Impressão: 24/11/2017

Data: 24/11/2017

Tipo A.: EXTERNO

Requisição: 79574

Anos Sexo: F

Usuario: LUANNA

- PONTA DA SERRA

Data Nasc: 03/08/1970 - 47

Tel: 8899949456 97447161

71

Nome: MIRIAM PAULINO ALVES

Conv: BPA-SUS

Nº Atend.: 455830

End.: RUA JOAQUIM CABOCLO

Médico: 3997 JOSE MARCILIO NICODEMOS DA CRUZ

Qtd Cod.Tab

1

Código Descrição

00000082 RAO X PE EM AP OU OBLIQUA

Total de exames: 1

Fratura

Dr. Marcílio Nicodemos da Cruz  
RADIOLOGISTA  
CRM 3997

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA



Nome: .....

Leandro Bezerra

Muito mais do que mãe, que  
a namorada Maria Raimundo Almeida,  
mostrando em seu comportamento  
de poder fazer de mim o que quiser.  
Mostrando em modo de conduta  
de poder, e agora não me deixando  
participar da minha vida e cargo.  
No momento sou apenas o motivo de  
seus problemas com o meu  
de 20 dias

CRAS: 392

Dr. MARCELITA  
Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional  
C.R.O. 10871/2015

Data: 29/12/17

Ao retorno favor trazer este receituário. Atendemos convênios e particulares  
Av. Teodoro Teles, 99 - CEP: 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600

002 - Receituário

© E&P

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A  
06 ABR. 2018  
ENTRADA



NOME 2002 34002976 NOME 14/1/2002  
 MIRIA L PAULINO ALVES  
 ENDEREÇO ELI MI PAULINO DA COSTA E ALZEN  
 TR PEREIRA DA COSTA  
 DATA DE NASCIMENTO 3/8/1970  
 CRATOU- E  
 CDD CRATOU- T.CAGAM. 496 L B6 F  
 107 DOM QUINTINO CRATO-CE.  
 CPF 4821 703800 ID. ANT. 210360491  
 ASSINATURA DO DETENTOR

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  

  
 Miriam Paulino Alves  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



1404686297

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1404686297

PROTEÇÃO PLASTIFICAR

1404686297

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / RG: 99029071681 SSPDS CE

CPF: 045.291.864-23 DATA NASCIMENTO: 26/09/1982

EDUCAÇÃO: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC: CATAR: AD

Nº REGISTRO: 04012393505 VALIDADE: 19/12/2021 1ª HABILITAÇÃO: 16/12/2006

OBSERVAÇÕES:

SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 27/12/2016

16060501614 CE157089509

16060501614 CE157089509

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571043684

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - DEBENAVIAÇÃO - RUA - EXERCÍCIO  
EFT 01 01036607430 0000000000 2017

FRANCISCO DOMINGOS FILHO  
CRATO  
84565407300  
PLACA ANTIGA  
/CE  
CHASSI  
9C2KDO550ER350071  
CONSUMÍVEL  
GASOL /ALCO

PLACA 84565407300

PLACA ANTIGA /CE

CHASSI 9C2KDO550ER350071

CONSUMÍVEL GASOL /ALCO

ANO FAB 2014

ANO MOD 2014

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENÇ /COTAS 1

VENÇ /COTAS 2

VENÇ /COTAS 3

VENÇ /COTAS 4

VENÇ /COTAS 5

VENÇ /COTAS 6

VENÇ /COTAS 7

VENÇ /COTAS 8

VENÇ /COTAS 9

VENÇ /COTAS 10

VENÇ /COTAS 11

VENÇ /COTAS 12

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 013571043684 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 13/09/2017

CPF / CNPJ PLACA  
84565407300 PMZ3747

RENAVAM MARCA / MODELO  
01036607430 HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CHASSI 9C2KDO550ER350071

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

DEBENAVIAÇÃO 9,03

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.249.603/0001-04

R: KD05E5E350071

03545

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

16 ABR. 2018

ENTRADA

Igor Ponte  
Superintendente

DEBENAVIAÇÃO

CRATO LOCAL DATA 13/09/2017

CONTRAN

DETRAN

# UNIÃO REGULADORA DE SINISTROS DPVAT

Checklist - Invalidez / DAMS

VÍTIMA

( ) condutor ( ) passageiro ( ) pedestre ( ) ciclista

( ) carro ( ) moto ( ) caminhão ( ) ônibus

Nome da vítima:	MIRIAM PAULINO ALVES
CPF	462.177.033-00
Data de nascimento	03-08-1970
Data do fato	05-11-2017 17:20
Boletim de Ocorrência	OK
Declaração de Ausência de IML	OK
Comprovante do ato	OK
Relatório de Atendimento do Socorrista	OK
Declaração do Proprietário do Veículo	OK
Prontuário	OK
Documentos pessoais da vítima	OK
Dut	OK
Autorização de Pagamento	OK
Comprovante bancário	OK
Declaração de residência	OK
Comprovante de residência	OK

## PROCURADOR

Nome	EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CNPJ/CPF	045.291.864-23
Contrato Social / Certidão Simplificada	
Procuração particular	OK
Circular SUSEP	OK
Declaração e Comprovante de endereço	OK
Doc. De identificação do responsável	OK

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

Observações

ENTRADA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO

DOC. IDENTIFIC. / ORGANISMO DE 306473996 SSP CR

CPF 845.665.073-00 DATA NASCIMENTO 14/04/1979

IRACIÃO  
FRANCISCO DIONIZIO ALVES  
BARBARA DE CASTRO ALVES

PERMISSÃO ACC CAUSA AB

Nº REGISTRO 04162287870 VALIDADE 19/11/2018 1ª HABILITAÇÃO 28/07/2007

972527472

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INTERFONE LIGA

OBSERVAÇÕES  
HAB MOTOTAXISTA;  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

FEI DIONIZIO ALVES FILHO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 18/07/2014

41121528948  
CE141099461

ASSINATURA DO EMISOR

PROIBIDO PLASTIFICAR 972527472

DETRAN-CE/CLARA

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160061 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRIAM PAULINO ALVES **Data do acidente:** 05/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 15/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NA MAO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160061 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRIAM PAULINO ALVES **Data do acidente:** 05/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** 2º PODODÁCTILO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 60 DIAS E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA. APRESENTA IMOBILIDADE EM 2º PODODACTILO PÉ DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO 2º PODODACTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** RENAN DE ALMEIDA SILVA

**CRM do médico:** 12076

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Miriam Paulino Alves  
Nacionalidade: brasileira  
Identidade: 2006034002976  
Estado Civil: casada  
CPF: 462 177 033 00  
Profissão: Auxiliar de Farmácia  
Endereço: Rua Joaquim Cabral 71 Vd São Francisco Norte  
CEP: 60 060 060  
Telefone: (88) 94494 4456 / 94909 5740

### OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado civil: SOLTEIRO  
Identidade: 99029071681  
CPF/CNPJ: 045.291.864-23  
Profissão: CORRETOR  
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE  
CEP: 63.050-720  
Telefone: (88) 3512-4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

Miriam Paulino Alves

Crato-CE 30/01/2018

Local e data

Miriam Paulino Alves  
Assinatura do Outorgante

### CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

MIRIAM PAULINO ALVES  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRATO-CE  
30/01/2018

( ) TEÓFILO ANTÔNIO CORREIA RODRIGUES - Tabelião  
( ) MARCELINO FARIAS DE LIMA - Escrevente  
( ) EUCLIDES BORTES DE ALMEIDA - Escrevente  
( ) MARIA JOVIALDA DE LIMA - Escrevente

