

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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190395531

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190395531

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO ANTONIO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

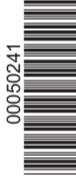
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190395531

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527119

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/03/2019, emitido pelo Dr. JOSE H. GERMANO CORREIA CRM nº 4133 - CE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527119

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO ANTONIO DOS SANTOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190395531 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO À ESQUERDA SEM DESLOCAMENTO.
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190395531 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO À ESQUERDA SEM DESLOCAMENTO.
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190395531 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
 - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
 - EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

25 MM 2019

OUTORGANTE:

Nome: João Antonio dos Santos, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: ALTOURADIA, portador(a) do RG 09029198320, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 156.765.658-70, residente no(a) RUA MANOEL PEIXOTO
nº 348, bairro: ROSARIO, município: BARBALHA I.CE

OUTORGADO:

Nome: RICERODANIELMOSANTOS SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: M. F. I, portador(a) do RG 2001016019110, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 010.969.643-33, residente no(a) SITIO LAMBEDOU
nº 1505, bairro: ZONARURAL, município: BARBALHA I.CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOÃO ANTONIO DOS SANTOS
 CPF 156.765.658-70 data do acidente: 26/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: BARBALHA-CE. 10.05.2019

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____ I. _____

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Assinatura)

OUTORGANTE:

Nome: João Antônio dos Santos, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 09029198320, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 156.765.658-10, residente no(a) RUA MANOEL PEIXOTO
 nº 248, bairro: POSARÍO, município: BARBALHA I.CE

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

OUTORGADO:

Nome: Cícero Daniel dos Santos Silva, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: II - F.I, portador(a) do RG 2001016019110, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 010.969.643.33, residente no(a) Sítio LAMBEDÓL
 nº 1505, bairro: ZONAL RURAL, município: BARBALHA I.CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima João Antônio dos Santos CPF 156.765.658-10 data do acidente: 26/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: BARBALHA - CE. 10.05.2019

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



RECEBEMOS

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura de quem assina A ROGO	

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213350/19

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

CPF: 156.765.658-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

JOAO ANTONIO DOS SANTOS : 156.765.658-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213350/19

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

CPF: 156.765.658-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

JOAO ANTONIO DOS SANTOS : 156.765.658-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314909/19

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

CPF: 156.765.658-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

JOAO ANTONIO DOS SANTOS : 156.765.658-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314909/19

Número do Sinistro: 3190527119

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

CPF: 156.765.658-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213350/19

Número do Sinistro: 3190395531

Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

CPF: 156.765.658-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

RECEBEMOS

25 JUN 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	156.765.658-10	JOÃO ANTONIO DOS SANTOS	
		Maria Gacimade F. Nobre	
		Corretora de Seguros Eireli	
		CNPJ 21.487.738/0001-06	

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

Nome completo:	JOÃO ANTONIO DOS SANTOS		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA MANOEL PEIXOTO	156.765.658-10	
Bairro:	Cidade:	Número:	CEP:
ROSÁRIO	BARBALHA	248	63180-000
E-mail:		Tel.(DDD):	88.9.9018-3025

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO (237)**

AGÊNCIA: **0714** CONTA: **16100**

AGÊNCIA: **0714** CONTA: **16100**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, 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

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

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

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

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

Impresso
e/ou
assinado
pelo(a) declarante
Local e Data: **BARBALHA CE 10.05.2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Maria Gacimade F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

RECEBEMOS

25 JUN 2019

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
156.765.658.10 JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

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

Nome completo: **JOÃO ANTONIO DOS SANTOS** CPF: **156.765.658.10**
 Profissão: **AUTONOMO** Endereço: **RUA MANOEL PEIXOTO** Número: **248** Complemento:
 Bairro: **ROSARIO** Cidade: **BARBALHA** Estado: **CEARA** CEP: **63160-000**
 E-mail:

Tel.(DDD): **88 9 2218-3025**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 RS3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO (237)**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impresso:
 Digitalizado:
 Autentico:
 Ratificado:
 Ratificado:

Local e Data: **BARBALHA CE 10-05-2019**

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Impresso nº 2019297570



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1143 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	RECEBEMOS
Data / Hora da Comunicação:	08/05/2019 10:44:29	
Data / Hora da Ocorrência:	26/03/2019 10:30:00	25 JUN 2019
Endereço da Ocorrência:	RUA PADRE CORREIA	
Complemento:		
Bairro:	ROSÁRIO	Município: BARBALHA/CE Maria Gacineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli
Ponto de Referência:	CRUZAMENTO C/ CORONEL GREGÓRIO CALO	CNPJ:21.487.738/0001-14
Noticiante(s)		

Nome: JOÃO ANTÔNIO DOS SANTOS –	
Nascimento: 11/08/1967 CPF: 156.765.658-70	
RG: 99029198320 Orgão Emissor:	UF: CE
Filiação: FRANCISCA VICÊNCIA DA CONCEIÇÃO	
ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS	
Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO, 248	
Bairro: ROSÁRIO	CEP: 63.180-000
Município: BARBALHA/CE	
País: BRASIL	Telefone: (88) 9400-1327

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNZ4599 Uf: CE Município: BARBALHA Chassi: 99HJT2050GS006145 Renavam: 1101574531 Tipo do Veículo: CICLOMOTOR Marca / Modelo: SHINERAY/50Q Ano Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA Cor: VERDE Proprietário: MARILENE ANGELO DOS SANTOS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDO NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO, EM VEÍCULO PLACA PNZ 4599, CONDUZIDO POR SUA ESPOSA MARILENE ANGELO DOS SANTOS, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS NA LOCALIDADE COM VÁRIOS CACHORROS FAZENDO ALGAZARRA NA RUA; QUE OS CACHORROS AO AVISTAREM O VEÍCULO PARTIRAM PRA CIMA DELES E A CONDUTORA NO INTUITO DE DESVIAR DOS ANIMAIS, ACABOU FREANDO E DERRAPANDO NO CHÃO; QUE O NOTICIANTE QUE ESTAVA NA GARUPA DO VEÍCULO CAIU NO CHÃO SOBRE O BRAÇO ESQUERDO; QUE MORAM PRÓXIMO AO LOCAL DO ACIDENTE E FORAM PRA RESIDÊNCIA APÓS O OCORRIDO; QUE O NOTICIANTE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES E JÁ FEZ HEMODIÁLISE POR 11 ANOS JUSTAMENTE NO BRAÇO FERIDO NA QUEDA DO VEÍCULO; QUE COMEÇOU A SENTIR DORES E FOI PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO E DE LÁ JÁ FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI EM JUAZEIRO DO NORTE-CE ONDE FICOU INTERNADO POR 3 DIAS; QUE SOFREU HEMATOMAS PERIORBITAL A ESQUERDA, LESÃO PERFURO-CORTANTE EM SUPERCILIO ESQUERDO; QUE TESTEMUNHAM OS FATOS SUA ESPOSA MARIELE ANGELO DOS SANTOS E SUA FILHA MARIA CECÍLIA DOS SANTOS FEITOSA, RESIDENTES COM O NOTICIANTE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

x João Antônio dos Santos
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *gj*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019297570



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1143 / 2019

ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X João Antônio Martins

VISTO DO DELEGADO(A) : Mariene Angelo dos Santos
FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

RECEBEMOS

25/05/2019

Maria Gacimonde F. Nobre
Corretora de Seguros Erei
CNPJ:21.487.739/0001-12



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019297570



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1143 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	RECEBEMOS
Data / Hora da Comunicação:	08/05/2019 10:44:29	
Data / Hora da Ocorrência:	26/03/2019 10:30:00	
Endereço da Ocorrência:	RUA PADRE CORREIA	
Complemento:		
Bairro:	ROSÁRIO	Município: BARBALHA/CE Maria Gacineide F. Nobre
Ponto de Referência:	CRUZAMENTO C/ CORONEL GREGÓRIO CALO	Corretora de Seguros Eireli CNPJ 21.487.738/0001-06
Noticiante(s)		RECEBEMOS

Nome: **JOÃO ANTÔNIO DOS SANTOS** –
Nascimento: **11/08/1967** CPF: **156.765.658-70** 11 SET 2019
RG: **99029198320** Orgão Emissor:
Filiação: **FRANCISCA VICÊNCIA DA CONCEIÇÃO** Maria Gacineide F. Nobre
ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS Corretora de Seguros Eireli
Endereço: **RUA MANOEL PEIXOTO, 248** CNPJ 21.487.738/0001-06
Bairro: **ROSÁRIO** CEP: **63.180-000**
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9400-1327**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNZ4599** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
99HJT2050GS006145 Renavam: **1101574531** Tipo do Veículo:
CICLOMOTOR Marca / Modelo: **SHINERAY/50Q** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERDE** Proprietário:
MARILENE ANGELO DOS SANTOS Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDO NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO, EM VEÍCULO PLACA PNZ 4599, CONDUZIDO POR SUA ESPOSA MARILENE ANGELO DOS SANTOS, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS NA LOCALIDADE COM VÁRIOS CACHORROS FAZENDO ALGAZARRA NA RUA; QUE OS CACHORROS AO AVISTAREM O VEÍCULO PARTIRAM PRA CIMA DELES E A CONDUTORA NO INTUITO DE DESVIAR DOS ANIMAIS, ACABOU FREANDO E DERRAPANDO NO CHÃO; QUE O NOTICIANTE QUE ESTAVA NA GARUPA DO VEÍCULO CAIU NO CHÃO SOBRE O BRAÇO ESQUERDO; QUE MORAM PRÓXIMO AO LOCAL DO ACIDENTE E FORAM PRA RESIDENCIA APÓS O OCORRIDO; QUE O NOTICIANTE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES E JÁ FEZ HEMODIÁLISE POR 11 ANOS JUSTAMENTE NO BRAÇO FERIDO NA QUEDA DO VEÍCULO; QUE COMEÇOU A SENTIR DORES E FOI PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO E DE LÁ JÁ FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI EM JUAZEIRO DO NORTE-CE ONDE FICOU INTERNADO POR 3 DIAS; QUE SOFREU HEMATOMAS PERIORBITAL A ESQUERDA, LESÃO PERFUR-CORTANTE EM SUPERCILIO ESQUERDO; QUE TESTEMUNHAM OS FATOS SUA ESPOSA MARILENE ANGELO DOS SANTOS E SUA FILHA MARIA CECÍLIA DOS SANTOS FEITOS RESIDENTES COM O NOTICIANTE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

X João Antônio dos Santos
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *gfp*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019297570



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1143 / 2019

ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João A. V. Santos Jr.

VISTO DO DELEGADO(A) : Mariene Angelo dos Santos
FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

RECEBEMOS

Maria Gacinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-12

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Gacinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-12

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

RECEBEMOS

25 JUN 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	156.765.658-10	JOÃO ANTONIO DOS SANTOS	
		Maria Gacimade F. Nobre	
		Corretora de Seguros Eireli	
		CNPJ 21.487.738/0001-06	

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

Nome completo:	JOÃO ANTONIO DOS SANTOS		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA MANOEL PEIXOTO	156.765.658-10	
Bairro:	Cidade:	Número:	CEP:
ROSÁRIO	BARBALHA	248	63180-000
E-mail:		Tel.(DDD):	88.9.9018-3025

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO (237)**

AGÊNCIA: **0714** CONTA: **16100**

AGÊNCIA: **0714** CONTA: **16100**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, 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

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

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

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

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

Impresso
e/ou
assinado
pelo(a) declarante
Local e Data: **BARBALHA CE 10.05.2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

** João Antônio dos Santos Silveira*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

RECEBEMOS
Assinatura

Maria Gacimade F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

RECEBEMOS

25 JUN 2019

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
156.765.658.10 JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

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

Nome completo: **JOÃO ANTONIO DOS SANTOS** CPF: **156.765.658.10**
 Profissão: **AUTONOMO** Endereço: **RUA MANOEL PEIXOTO** Número: **248** Complemento:
 Bairro: **ROSARIO** Cidade: **BARBALHA** Estado: **CEARA** CEP: **63160-000**
 E-mail:

Tel.(DDD): **88 9 2218-3025**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 RS3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO (237)**

AGÊNCIA:

5

CONTA:

16100

4

(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impresso:
 Digitalizado:
 Autentico:
 Ratificado:
 Ratificado:

Local e Data: **BARBALHA CE 10-05-2019**

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

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

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



26/03/2019

Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV
Usuário do Atendimento : CRBEZERRA

Nome : JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Paciente : 20232

Atendimento

Nome da Mãe : FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICIA

3552044

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 11/08/1967

Idade: 51 Anos / 7 Meses / 15 Dias

Endereço : RUA MANOEL PEIXOTO

CASA

Bairro : ROSARIO

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180970

Telefone : 99036312

Número : 248

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data : 26/03/2019 Hora : 11:27:37

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

Dor abdu (E)

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

03/03/2019 - Dor abdu (E)
+ multiple escoriações

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

Dorsalgia

Re: 67 Anos
paciente (se
Bem)

Procedimento

 Imagem : Laboratório : Outros :

Conduta

DR. LINDIMAR LEITE
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 10982 - Especialista em Ortopedia e Traumatologia
Unidade de Ortopedia e Traumatologia
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo - CEP: 63000-020
Fone: 99036312 - Fax: 99036372

Maria Heloisa dos Santos

Assinatura do Paciente ou Responsável

LINDIMAR LEITE CUNHA JUNIOR

CRM

10982

RECEBEMOS

25 III 2010

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.739/0001-01

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO ANTONIO DOS SANTOS
 Pront.: 172692 Data Nasc.: 11/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s) Admissão: 26/03/2019 14:41
 Mãe: FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO
 Sexo: Masculino RG: Municipio: BARBALHA
 CEP 63183-000 Bairro: ROSARIO Tel.: 88 99400-1327
 Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO Num: 248

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: MARIA DE FATIMA SANTOS SILVA Horário: 26/03/2019 14:46
 Queixa: PACIENTE PROVENIENTE DE BARBALHA, COM ATENDIMENTO PREVIO EM HMSVP, COM RELATO DE
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO.

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: STENIO SANTOS MOURA CRM: 6 Nº: 477718 Horário 26/03/2019 15:18
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.: 130/80

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO
 ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA ÀS 10H30 DA DATA DE HOJE, ATENDIDO PRIMARIAMENTE EM
 HOSPITAL SÃO VICENTE (BARBALHA). DÁ ENTRADA NESTE HOSPITAL APRESENTANDO HEMATOMA
 PERIORBITAL A ESQUERDA, REALIZADA DE SUTURA E LESÃO PERFURO-CORTANTE EM SUPERCILIO
 ESQUERDO. NEGA RNC OU VOMITOS.

AO EXAME: ESTADO GERAL REGULAR, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

ABD: INDOLOR A PALPAÇÃO

EXT: DOR A MOBILIZAÇÃO DE MSE.



EXAME

	Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC FACE SEM	CONSTRASTE (0206010044)	26/03/2019 15:27	Sim	Pendente
RX OMBRO E	LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	26/03/2019 15:31	Sim	Pendente
RX TORAX PA	(0204030170)	26/03/2019 15:31	Sim	Pendente

RECEBEMOS

26/03/2019

Maria Gacimeda F. Nobre
 Corretora de Seguros Eirel
 CNPJ: 21.467.738/0001-01

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

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



26/03/2019 ✓

Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :DBAMV
CRBEZERRA

Nome : JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Paciente : 20232

Atendimento



3552044

Nome da Mãe : FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICA

Idade: 51 Anos / 7 Meses / 15 Dias

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 11/08/1967

CASA

Endereço : RUA MANOEL PEIXOTO

Cidade : BARBALHA

Bairro : ROSARIO

Telefone : 99036312

CEP : 63180970

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data : 26/03/2019 Hora : 11:27:37

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

Dor anel (E)

T:

PA .

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10.

Procedimento

 Imagem: Laboratório: Outros:

Conduta

Análise

Maria Heloisa dos Santos

Assinatura do Paciente ou Responsável

LINDIMAR LEITE CUNHA JUNIOR

CRM

10982

RECEBEMOS

Maria Gacimonde F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.738/0001-02

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO					
Nome: JOAO ANTONIO DOS SANTOS Pront.: 172692 Data Nasc.: 11/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s) Admissão: 26/03/2019 14:41 Mãe: FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO Sexo: Masculino RG: _____ CEP: 63183-000 Bairro: ROSARIO Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO					
			Município: BARBALHA	Tel.: 88 99400-1327	Num: 248

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
Risco: LARANJA	Classificador: MARIA DE FATIMA SANTOS SILVA	Horário: 26/03/2019 14:46			
Queixa: PACIENTE PROVENIENTE DE BARBALHA, COM ATENDIMENTO PREVIO EM HMSVP, COM RELATO DE					
Fluxograma:	TRAUMA MAIOR				
Discriminador:	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO.				
Sato02:	Glasgow: 15	Temp.:	Glicemia:	Régua:	Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO					
Médico: STENIO SANTOS MOURA	CRM: 6	Nº: 477718	Horário: 26/03/2019 15:18		
Acidente: Sim	Agressão: Não	Peso:	P.A.: 130/80		
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II					
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO					
Comorbidade:					
HDA/Exame Físico:					
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA ÀS 10H30 DA DATA DE HOJE, ATENDIDO PRIMARIAMENTE EM HOSPITAL SÃO VICENTE (BARBALHA). DÁ ENTRADA NESTE HOSPITAL APRESENTANDO HEMATOMA PERIORBITAL A ESQUERDA, REALIZADA DE SUTURA E LESÃO PERFURO-CORTANTE EM SUPERCILIO ESQUERDO. NEGA RNC OU VOMITOS. AO EXAME: ESTADO GERAL REGULAR, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO. ABD: INDOLOR A PALPAÇÃO EXT: DOR A MOBILIZAÇÃO DE MSE.					
<i>RECEBEMOS</i> <i>11 SET 2019</i>					



EXAME

	Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC FACE SEM	CONSTRASTE (0206010044)	26/03/2019 15:27	Sim	Pendente
RX OMBRO ELATERAL/ ESCAPULAR	(0204040116)	26/03/2019 15:31	Sim	Pendente
RX TORAX PA	(0204030170)	26/03/2019 15:31	Sim	Pendente

RECEBEMOS

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.736/0001-02

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

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

Nº DO CLIENTE
5401823

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei N° 10.438 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 571884625

Rota 18 13010 01 316800 - 0 Data de Emissão 26/04/2019

Nome MARILENE ANGELO DOS SANTOS

End. Postal RU MANOEL PEIXOTO 00248
ROSARIO - BARBALHA - 63180000

Medidor 11010147 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 987315213-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Abr/2019	26/04/2019	27/05/2019

Veja a legenda no verso desta conta.

BRUTA

Conjunto Fev/2019 BGD 7,47

Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

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

Padrão Individual

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual

DIC 5,07 18,15 28,30 0,00 0,00 0,00

FIC 3,17 6,35 12,70 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,85 8,55 14,30 0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9346.4871.885E.E853.1687.800B.C016.2900

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lilit. Atual	Lilit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 1298	12284	1,00	114	0,00	38	0,17629	5,28
					79	0,38222	21,15
					14	0,45334	6,36

26/04/19 27/03/19 30 DIAS 114 32,79

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)
32,79
11,98
1,23
39,74

RECEBEMOS

25/04/2019

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

VENCIMENTO 06/05/2019

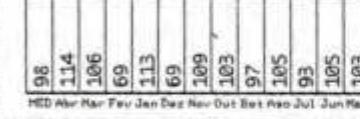
TOTAL A PAGAR (R\$)

85,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	17,32
Transmissão	1,25
Distribuição	16,17
Encargos Setoriais	2,31
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,85
TOTAL	34,82



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

44,51 0,00 0% 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,85 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,88% e COFINS:4,10% (Art. 3º, Par. 1º, inciso II, art. 2º, inciso II, n.º 18.637/93 e 18.803/93). Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com validade vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.807/2009. Esta declaração substitui

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei N° 10.439
de 26 de abril de 2007

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdínio, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-9



2767309

Para agitar seu estendardo, utilize o crachá.
sempre que entrar em contato comigo.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 565410349

Rota 28 13014 01 119700 - 5 Data de Emissão 13/03/2019

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791 Posto 0000 0000

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 010969643-33 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2019	13/03/2019	10/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Conjunto	Jan/2019	EISD 40,55
Mês	DICRI= 8,08 P	

ICMS

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

Padrão Individual Apuração Individual

Mensal	Trim	Anual	Mensal	Trim	Anual
10,15	10,30	40,61	0,00	0,00	0,00

DIC	FIC	DMIC
1,07	14,74	29,49
	0,03	0,03
	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5634.39E0.3346.5886.4230.2689.93EF.9673

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lcit. Atual	Lcit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 20968	20971	1,00	237	0,00	237	0,23700	54,61

13/03/19	11/02/19	30 Dias	237	54,61
----------	----------	---------	-----	-------

DESCRICAÇÃO	VALOR (R\$)
-------------	-------------

VALOR CONSUMO DO MES	54,61
----------------------	-------

MULTA HORATORIA REF 12/2018	1,04
-----------------------------	------

JUROS DO MES	0,73
--------------	------

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	24,50
------------------------------	-------

PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	62,16
---------------------------------	-------

VENCIMENTO	10/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	173,04
------------	------------	---------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	44,61
Transmissão	4,76
Distribuição	12,47
Encargos Setoriais	6,82
Tributes (ICMS PIS/COFINS)...	2,91
TOTAL	84,61

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

16/2	23/7	15/2	24/2	14/6	28/6	14/6	15/1	15/6	16/6	15/2	12/6	15/1
16/2	23/7	15/2	24/2	14/6	28/6	14/6	15/1	15/6	16/6	15/2	12/6	15/1

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

RECEBEMOS

25 III 2019

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

Nº DO CLIENTE		5401823		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002			
				Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdevino, 190 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07047251/0001-70 CGF 06.105.848-3			
				enel			
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.							
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 Nº				571884625			
Rota 18 13010 01 316800 - 0		Data de Emissão 26/04/2019					
Nome MARILENE ANGELO DOS SANTOS							
End. Postal RU MANOEL PEIXOTO 00248 ROSARIO - BARBALHA - 63180000							
Medidor 11010147			Poste 0000 0000				
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO							
RG / CPF / CNPJ 987315213-04			CGF				
Nome do Responsável							
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO							
Veja a legenda abaixo desta conta.							
DATAS	Data de Apresentação	Prevista Prox. Leitura	DISCRIMINAÇÃO				
Mês de Referência			Conjunto	EUSD 7,47			
Abr/2019	26/04/2019	27/05/2019	Mês				
DICR = 0,00 P							
Padrão Individual Apuração Individual							
ICMS			Mensal	Mensal			
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Trim.	Trim.			
ISENTO			Anual	Anual			
DIC 5,07 10,15 26,38 0,00 0,00 0,00							
FIC 3,17 6,35 12,78 0,00 0,00 0,00							
DMIC 2,86 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00							
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL							
9346.1671.855E.8883.1607.000B.C015.2ABC							
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 12298	12284	1,00	114	8,00	39	0,17628	5,28
					78	0,39222	21,15
					14	0,45334	6,38
26/04/19	27/03/19		30 DIAS	114			32,79
							VALOR (R\$)
DESCRICAO							32,79
VALOR CONSUMO DO MES							11,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							1,23
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA							39,74
COR SALDO FATURA ANTERIOR							

RECEBEMOS

३५

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

VENCIMENTO	06/05/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	85,74
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	17,32		
Transmissão	1,37		
Distribuição	10,19		
Encargos Setor Básis	2,31		
Tributos (IPI/COFINS)	2,65		
TOTAL	34,92		
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)			
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		Consciência Ecológica (% CO ₂)	
Emmitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	100	
44,51	0,00	100	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue. Sua ajuda é fundamental. Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,85 referente a PIS e COFINS. As quotas: PIS:0,08% e COFINS:4,10%.
Art. 1º.º Reg. 10.607-99 • 10.607-99 • 10.607-99 • 10.607-99
Caro Cliente, constam anotadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas ate 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.807/2009. Esta declaracao substitui

2767309

Para agendar seu atendimento, entre em contato com a agência que atende em sua cidade.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeivino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
04725-10000-70 | CGF 06.105.548-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 565410349

Rota 28 13014 01 119700 - 5 Data de Emissão 13/03/2019

Nome: FEFERI DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505
CABECEIRAS - BARBALHA - CE 63180000

Medidor 12163791 Punto 00000 00000

Classe B2 - 04-BURAL 18-RESIDENCIA RURAL MONTEASTICO

RG / CPF / CNPJ 0109969643-33

Nome do Responsável:

Nome do Responsável

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lait, Atual Lait, Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fam. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

13/02/19 11/02/19 30 000 237 84.61

DESCRIÇÃO VALOR PESQUISAS DO NEXO **VALOR (R\$)**

VALOR CONSUMO DO MES 84,61
MULTA MORATORTA BEE 12/2018 1,94

JUROS DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 24,58

PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888 62,16

62, 16
RECEBEMOS

11 SET 2010

20-Vig. Carenchele F. Nature
Carenchele G. 1988-1989 Ed.
GEP 3.21.1989 (30.1989) 1

VENCIMENTO 10/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 173,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)	
energia	44,7		
transporte	15,1		
distribuição	15,1		
Endereços Setoriais	12,5		
Impostos (IOMS, PIS/COFINS)	2,0		
Total	100,0		
		HDI Mar. Faz. San. Bens. No.	Gua. Bens. Mar. IPI. San. Mar. I. Impostos
		163	237
		152	146
		242	296
		146	146
		251	150
		152	108
		116	151

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

RECEBEMOS

卷之三

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

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Cícero Daniel Dossantos Sá

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643/23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Antônio Dossantos inscrito (a) no CPF sob o Nº 156.765.658/10

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima João Antônio Dossantos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 156.765.658/10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M. E.T Renda: 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Sítio LAMBEDOR</u>	Número:	<u>1505</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>BARBALHA</u>	Estado: <u>CEARA</u> CEP: <u>63180-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(88) 9663-3619</u>

Local e Data: BARBALHA - CE 10-05-2019

Cícero Daniel dos Santos Sá
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

25/05/2019

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

Maria Gacinéide F. Nobre
Centro de Seguros Eireli
CNPJ:21.407.738/0001-06

25 JUN 2019

RECEBEMOS

EMPREGADOR		Demonstrativo de Pagamento de Salário		
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA Endereço: SITIO LAMBEDOR Nº 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ CNPJ: 21.445.032/0001-70		Relatório do Mês / Ano fevereiro-19		

CÓDIGO	NOME DO FUNCIONÁRIO	CBO	FUNÇÃO	
25	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA		ADMINISTRADOR	

Cód.	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
001	SALARIO BASE	220:00	3.200,00	
973	INSS	11,00		352,00
987	IRRF S. SALÁRIO	7,50	0,00	54,83
MENSAGENS		Total dos Vencimentos	Total dos Descontos	
		3.200,00	406,83	
		Uíquido a Receber		2.793,17
Salário Bruto: R\$.: Cálculo INSS: Base Cálculo FGTS:		FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF:	Fixação IRRF:
3.200,00	3.200,00	0,00	2.848,00	0

2ª VIA - EMPREGADO

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
DATA
28/03/2019 Cicero Daniel dos Santos Silva



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Cícero Daniel dos Santos Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643-23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Antônio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 156.765.658-70,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima João Antônio dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 156.765.658-70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M.E.T Renda: 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DE SALARIO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Sítio LAMBEDOP</u>	Número:	<u>1505</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>BARBALHA</u>	Estado: <u>CEARA</u> CEP: <u>63180-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(88) 9663-3619</u>

RECEBEMOS

Local e Data: BARBALHA - CE 10-05-2019

11 SET 2019

Cícero Daniel dos Santos

Assinatura do Declarante

Maria Gacineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

CNPJ:21.487.735/0001-06

RECEBEMOS

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06

(aparecida)

Demonstrativo de Pagamento de Salário

RECEBEMOS

1 SET 2019

RECEBEMOS

~~ASSINATURA~~

Maria Gecineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

CNPJ 21.487.736/0001-06

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
 Endereço: SITIÓ LAMBEDOR N° 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ
 CEP: 21.445.032/0001-70

CDU: NOSSO IDO FUNCIONÁRIO
 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CDU: FUNÇÃO
 ADMINISTRADOR

Cod.	Descrição	Referência	Proventos	Descontos
001	SALARIO BASE	220,00	3.200,00	352,00
973	INSS	11,00		54,83
987	IRRF S. SALARIO	7,50	0,00	

TIPO DE VENCIMENTO	Total dos Vencimentos	Total dos Descontos
SALARIO	3.200,00	405,83
Liquido a Receber ->	2.793,17	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

28/03/2019 C. Cicero Daniel dos Santos Silva
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

RECEBEMOS

~~ASSINATURA~~

Maria Gecineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

CNPJ 21.487.736/0001-06

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, MARILENE ANGELO DOS SANTOS,

RG nº 98097065880, data de expedição 01/04/2015,

Órgão SSPDC - CE, portador do CPF nº 987.315.213-04,

com domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de

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

RUA MANOEL PEIXOTO, nº 298,

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

JOAO ANTONIO DOS SANTOS, cujo o condutor era

EU. MARILENE ANGELO DOS SANTOS.

Veículo: CICLOMOTOR Modelo: SHINERAY SO 0 Ano: 2016

Placa: PNZ 4599 Chassi: 99HD T2050G500 6145

Data do Acidente: 26/03/2019

Local e Data: BARBALHA - CE - 10-05-2019

Mariene Angelo dos Santos

Assinatura do Declarante



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



RECEBEMOS

25 JUN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.738/0001-52



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, MARILENE ANGELO DOS SANTOS
RG nº 98091065880, data de expedição 01/04/2015,
Órgão SEPOC - CE, portador do CPF nº 981-315.213-04,
com domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MANOEL PEIXOTO, nº 248,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOAO ANTONIO DOS SANTOS, cujo o condutor era
EU. MARILENE ANGELO DOS SANTOS,
Veículo: CICLOMOTOR Modelo: SHINERAY 50 Q Ano: 2016
Placa: PNZ 4599 Chassi: 99 HD T2050G500 6145
Data do Acidente: 26/03/2019

RECEBEMOS

Local e Data: BARBARA - CE - 10.05.2019

11 SET 2019

Maria Cecimade F. N.
Quirino & de Sá -
Censo 21.4877

Assinatura do Declarante

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

RECEBEMOS

850 MILES

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





FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Pront.: 172692 Data Nasc.: 11/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s) Admissão: 26/03/2019 14:41

Mãe: FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO

Sexo: Masculino

RG:

Municipio: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: ROSARIO

Tel.: 88 99400-1327

Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO

Num: 248

Dr. Stenio Santos Moura
Médico
CRM/CE 18170

PREScrição

Médico: STENIO SANTOS MOURA

CRM 18170

26/03/19 15:27

Prescrição

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6

CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% /

INTRAVENOSA / 12/12 H

Horário:

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

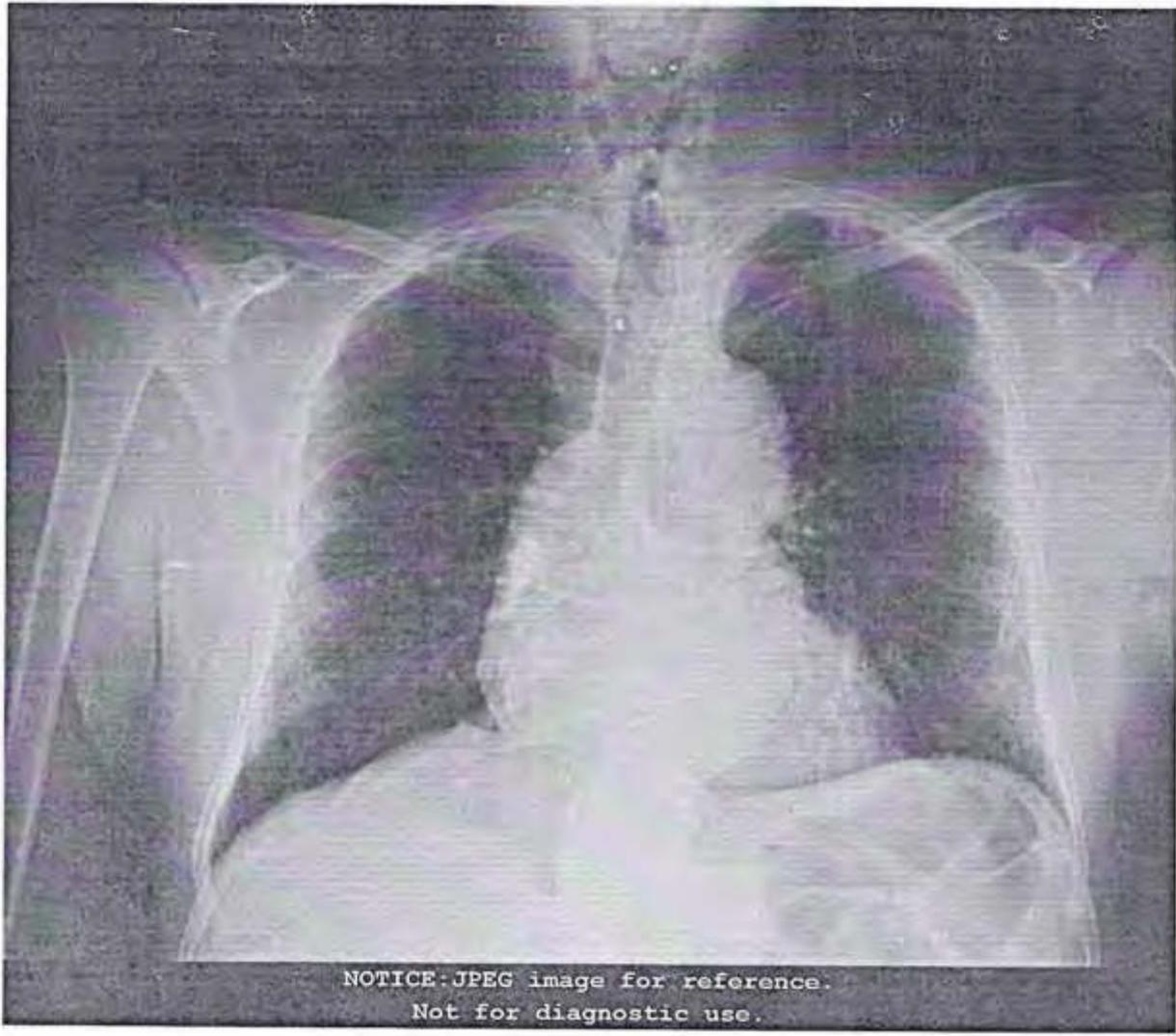
Óbito

RECEBEMOS

25/03/2019

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



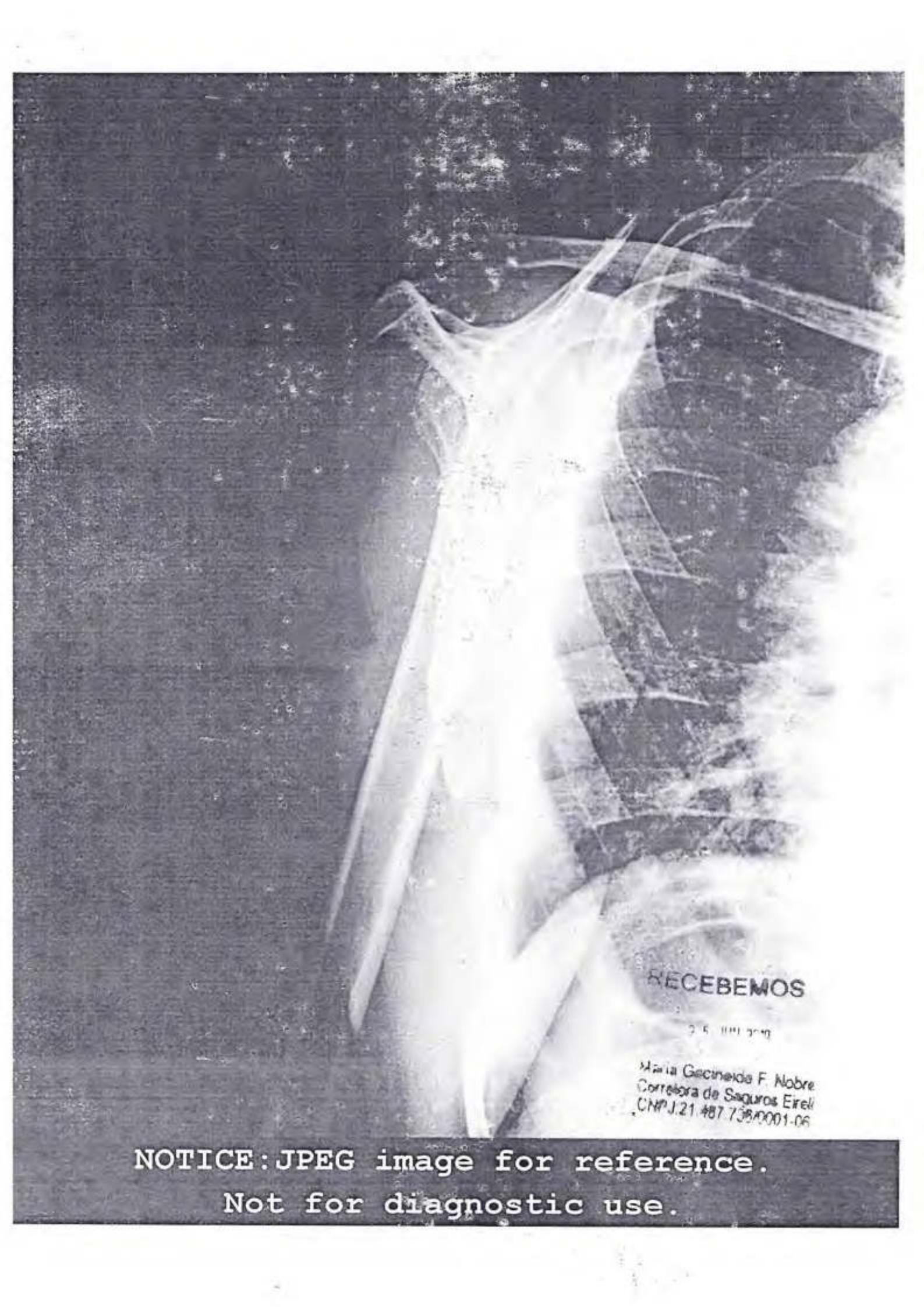


NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

RECEBEMOS

25 JUN 2009

Maria Gacineida F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.738/0001-12



RECEBEMOS

24.08.2009

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

NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



RECEBEMOS

25/III/77

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

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

RECEBEMOS

25.000,00

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.457.738/0001-02

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



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Prontuário: 172692

USO INTERNO (VIA ORAL)

DIPIRONA 500 MG _____ 10 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HS, SE NECESSÁRIO (DOR)

RECOMENDAÇÕES

- 1- REPOSO POR 7 DIAS
- 2- NÃO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO POR 10 DIAS
- 3- DIETA BRANDA POR 15 DIAS
- 4- NÃO FUMAR E NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
- 5- NÃO SE EXPOR AO SOL
- 6- REALIZAR COMPRESSA MORNA 5 X DIA POR 3 A 5 DIAS PARA A REGRESSÃO DO EDEMA
- 7- NÃO DEITAR DO LADO ESQUERDO POR 21 DIAS E EVITAR TRAUMAS EM FACE
- 8- REALIZAR EXERCÍCIOS DE ABERTURA E FECHAMENTO BUCAL, (REALIZAR TAMBÉM MOVIMENTOS LATERAIS E TAMBÉM DE PROJEÇÃO ANTERIOR)
- 9- RETIRAR SUTURAS REALIZADAS NA FACE EM 7 DIAS
- 10- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUZO MAXILO FACIAL EM 10 DIAS, NO PRIMEIRO AMBULATÓRIO COM VAGA DISPONÍVEL
- 11- RETORNAR À EMERGÊNCIA ANTES DESTE PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI
Cirurgião-Dentista - Bucal Maxilo Facial
6046CRO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Prontuário: 172692

USO INTERNO (VIA ORAL)

DIPIRONA 500 MG _____ 10 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HS, SE NECESSÁRIO (DOR)

RECOMENDAÇÕES

- 1- REPOSO POR 7 DIAS
- 2- NÃO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO POR 10 DIAS
- 3- DIETA BRANDA POR 15 DIAS
- 4- NÃO FUMAR E NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
- 5- NÃO SE EXPOR AO SOL
- 6- REALIZAR COMPRESSA MORNA 5 X DIA POR 3 A 5 DIAS PARA A REGRESSÃO DO EDEMA
- 7- NÃO DEITAR DO LADO ESQUERDO POR 21 DIAS E EVITAR TRAUMAS EM FACE
- 8- REALIZAR EXERCÍCIOS DE ABERTURA E FECHAMENTO BUCAL, (REALIZAR TAMBÉM MOVIMENTOS LATERAIS E TAMBÉM DE PROJEÇÃO ANTERIOR)
- 9- RETIRAR SUTURAS REALIZADAS NA FACE EM 7 DIAS
- 10- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUZO MAXILO FACIAL EM 10 DIAS, NO PRIMEIRO AMBULATÓRIO COM VAGA DISPONÍVEL
- 11- RETORNAR À EMERGÊNCIA ANTES DESTE PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI
Cirurgião-Dentista - Bucal Maxilo Facial
6046CRO

09/04/19

RECEBEMOS

25 JUN 2019

15:30
David Gonçalves

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.187.738/0001-06

NOME: JOAO ANTONIO DOS SANTOS
 DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1967
 SOLICITANTE: ANDRE LUIS SANTANNA
 SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II
 DATA DO EXAME: 28.03.2019
 DATA DO LAUDO: 28.03.2019
 EXAME: ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

PRONTUÁRIO: 172692

ENFERMARIA/LEITO: INTERM II, 16
 HORA DO EXAME: 10:05
 HORA DO LAUDO: 10:27

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor linear de 12 MHz, evidenciando

- Tendão da cabeça longa do bíceps localizado anatomicamente no sulco intertuberositário, de calibre, contornos e texturas normais, apresentando pequena distensão líquida da bainha sinovial.
- Tendão subescapular apresentando calibre aumentado, textura heterogênea, com foco ecogênico produtor de sombra acústica posterior, medindo 0,2 cm, adjacente a sua inserção em tubérculo maior.
- Tendão supraespinhal com textura heterogênea, de calibre aumentado, apresentando redução focal do seu calibre próximo a sua inserção estimada em 30%, compatível com ruptura parcial.
- Tendão infraespinhal de calibre, textura e contornos normais.
- Contornos ósseos regulares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1 DISCRETA SINOVITE DO TENDÃO DA CABEÇA LONGA DO BÍCEPS.
- 2 TENDINITE CALCÁREA DO SUBESCAPULAR.
- 3 TENDINITE DO SUPRAESPINAL.
- 4 RÚTURA PARCIAL DO SUPRAESPINAL.



Dr. José H. Germano Correia
 MÉDICO RADIOLOGISTA CRM 4133
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

RECEBEMOS

17 JUL 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOAO ANTONIO DOS SANTOS Prontuário: 172692 Admissão: 09/04/2019
Data Nasc.: 11/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 29 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO Telefone: (88) 99400-1327
Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO Bairro: ROSARIO CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 479672
Destino Interno: DECISÃO MÉDICA

HDA/Exame Físico:

trauma de face no dia 26.3. retorna para acompanhamento de frt da zigomático a esquerda sem deslocamento e sem demanda cirúrgica.
evolui com boa abertura bucal, sem dor e ausência de impedimento estético e/ou funcional.
Pd alta com orientações

EXAME

	Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PREScriÇÃO

Prescrição	Horário:



RECEBEMOS

17 JUL 2019

Maria Gacinha de F. Nobre
Corregedora de Seguros Especiais
CNPJ 12.148.770/0001-27

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

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



NOME: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO: 172692

DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1967

SOLICITANTE: STENIO SANTOS MOURA

SETOR SOLICITANTE: EMEGÊNCIA

ENFERMARIA/LEITO: INTERMEDIARIA II, 16

DATA DO EXAME: 27/03/2019

HORA DO EXAME: 14:41

DATA DO LAUDO: 27/03/2019

HORA DO LAUDO: 15:25

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial da face, com reconstrução no plano coronal e 3D.

INDICAÇÃO:

Trauma.

ANÁLISE:

- Edema periorbitário esquerda.
- Linhas de fraturas em paredes anterior e pôstero lateral maxilar esquerdo, com hemossinus.
- Linha de fratura em processo orbitário do zigomático esquerdo.
- Linha de fratura em parede lateral da órbita esquerda.
- Desvio de septo nasal para a direita.
- O estudo evidencia seios frontais, maxilar direito e esfenoidais bem aerados de transparência conservada.
- Seios etmoidais anatômicos com septos intercelulares preservados e aeração normal.
- Paredes ósseas íntegras.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pérvidos com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Fossas pterigo-palatinas e infratemporais preservadas.
- Mandíbula íntegra.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Edema periorbitário esquerda.
- Linhas de fraturas em paredes anterior e pôstero lateral maxilar esquerdo, com hemossinus.
- Linha de fratura em processo orbitário do zigomático esquerdo.
- Linha de fratura em parede lateral da órbita esquerda.
- Desvio de septo nasal para a direita.

RECEBEILOS

17 JUL 2019

Recebi o Exame de Tomografia de Crânio e Cervicocraniana realizada no dia 27/03/2019.
Assinado: Fernanda Alencar

Dr. LEONARDO SANTANA TAVARES
Médico Radiologista CRM-CE 8615
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO					
Nome: JOAO ANTONIO DOS SANTOS					
Pront.: 172692	Data Nasc.:	11/08/1967	Idade:	51 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)	Admissão: 26/03/2019 14:41
Mãe: FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO					
Sexo: Masculino	RG:	Município: BARBALHA			
CEP 63183-000	Bairro: ROSARIO	Tel.: 88 99400-1327			
Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO		Num: 248			

Dr.
Jeni Santos Moura
Médico
CRM 18170

PREScrição

Médico: JENI SANTOS MOURA CRM 18170 26/03/19 15:27

Prescrição	Horário:
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

RECEBEMOS

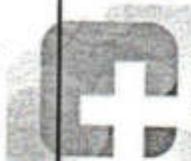
RECEBEMOS

11 SET 2019

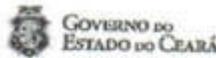
Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.738/0001-06


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





HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

NOME: JOAO ANTONIO DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1967
SOLICITANTE: ANDRE LUIS SANTANNA
SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II
DATA DO EXAME: 28.03.2019
DATA DO LAUDO: 28.03.2019
EXAME: ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

PRONTUÁRIO: 172692

ENFERMARIA/LEITO: INTERM II, 16
HORA DO EXAME: 10:05
HORA DO LAUDO: 10:27

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor linear de 12 MHz, evidenciando

- Tendão da cabeça longa do bíceps localizado anatomicamente no sulco intertuberositário, de calibre, contornos e texturas normais, apresentando pequena distensão líquida da bainha sinovial.
- Tendão subescapular apresentando calibre aumentado, textura heterogênea, com foco ecogênico produtor de sombra acústica posterior, medindo 0,2 cm, adjacente a sua inserção em tubérculo maior.
- Tendão supraespinhal com textura heterogênea, de calibre aumentado, apresentando redução focal do seu calibre próximo a sua inserção estimada em 30%, compatível com ruptura parcial.
- Tendão infraespinhal de calibre, textura e contornos normais.
- Contornos ósseos regulares.

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Erc.
 CNPJ:21.487.738/0001-12

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- DISCRETA SINOVITE DO TENDÃO DA CABEÇA LONGA DO BÍCEPS.
- TENDINITE CALCÁREA DO SUBESCAPULAR.
- TENDINITE DO SUPRAESPINAL.
- RUTURA PARCIAL DO SUPRAESPINAL.

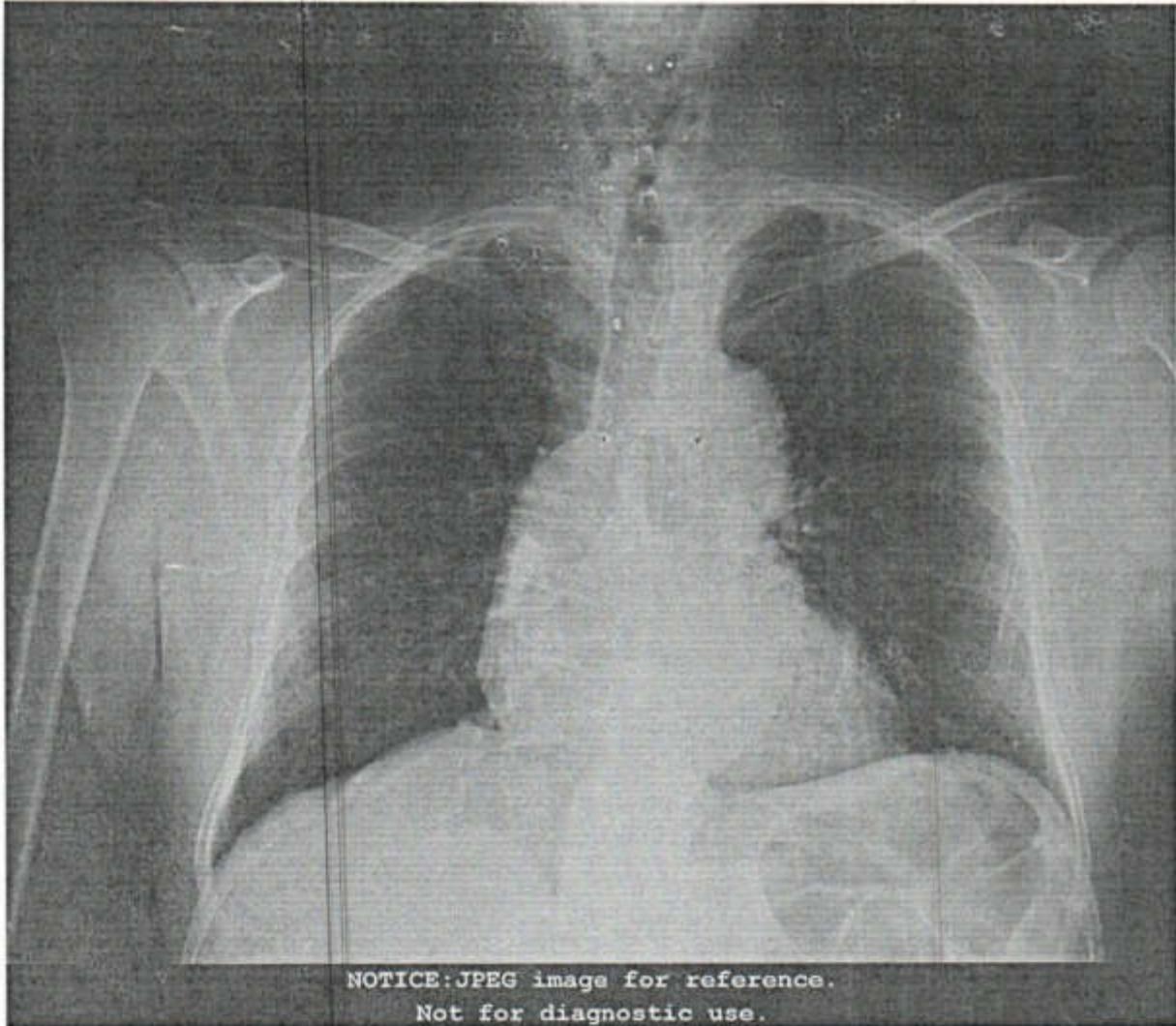
RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Erc.
 CNPJ:21.487.738/0001-12



Dr. José H. Germano Correia
 MÉDICO RADIOLOGISTA CRM 4138
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



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

RECEBEMOS

(Signature)

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erc
CNPJ 21.487.738/0001-77

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erc
CNPJ 21.487.738/0001-77

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.487.733/0001-06

RECEBEMOS

00000

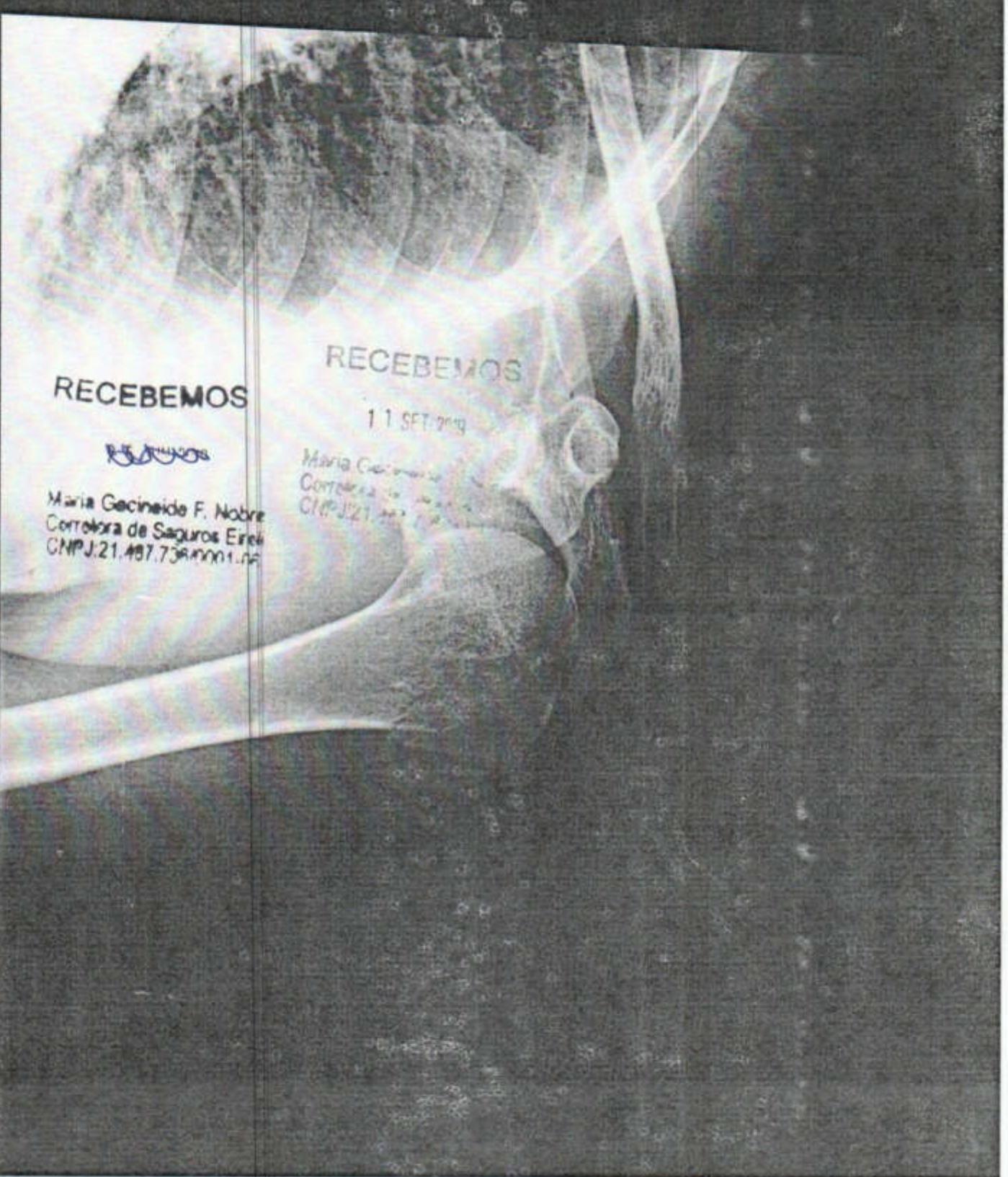
Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.487.733/0001-06

NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



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



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



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Prontuário: 1726862
USO INTERNO (VIA ORAL)

DIPIRONA 500 MG
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HS, SE NECESSÁRIO (DOR)
10 COMPRIMIDOS

RECOMENDAÇÕES

- 1- REPOUSO POR 7 DIAS
- 2- NÃO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO POR 10 DIAS
- 3- DIETA BRANDA POR 15 DIAS
- 4- NÃO FUMAR E NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
- 5- NÃO SE EXPOR AO SOL
- 6- REALIZAR COMPRESSA Morna 5 X DIA POR 3 A 5 DIAS PARA A REGRESSÃO DO EDEMA
- 7- NÃO DEITAR DO LADO ESQUERDO POR 21 DIAS E EVITAR TRAUMAS EM FACE
- 8- REALIZAR EXERCÍCIOS DE ABERTURA E FECHAMENTO BUCAL, (REALIZAR TAMBÉM MOVIMENTOS LATERAIS E TAMBÉM DE PROJEÇÃO ANTERIOR)
- 9- RETIRAR SUTURAS REALIZADAS NA FACE EM 7 DIAS
- 10- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL EM 10 DIAS.
- 11- RETORNAR A EMERGÊNCIA ANTES DESTE PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCASHESI SANDRINI
Dipat: 28/03/2019

R46CRO

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.497.735.0001-06

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Prontuário: 1726862
USO INTERNO (VIA ORAL)

DIPIRONA 500 MG
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HS, SE NECESSÁRIO (DOR)
10 COMPRIMIDOS

RECOMENDAÇÕES

- 1- REPOUSO POR 7 DIAS
- 2- NÃO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO POR 10 DIAS
- 3- DIETA BRANDA POR 15 DIAS
- 4- NÃO FUMAR E NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
- 5- NÃO SE EXPOR AO SOL
- 6- REALIZAR COMPRESSA Morna 5 X DIA POR 3 A 5 DIAS PARA A REGRESSÃO DO EDEMA
- 7- NÃO DEITAR DO LADO ESQUERDO POR 21 DIAS E EVITAR TRAUMAS EM FACE
- 8- REALIZAR EXERCÍCIOS DE ABERTURA E FECHAMENTO BUCAL, (REALIZAR TAMBÉM MOVIMENTOS LATERAIS E TAMBÉM DE PROJEÇÃO ANTERIOR)
- 9- RETIRAR SUTURAS REALIZADAS NA FACE EM 7 DIAS
- 10- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL EM 10 DIAS.
- 11- RETORNAR A EMERGÊNCIA ANTES DESTE PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCASHESI SANDRINI
Dipat: 28/03/2019

R46CRO

RECEBEMOS

09/04/2019

RECEBEMOS

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.497.735.0001-06



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

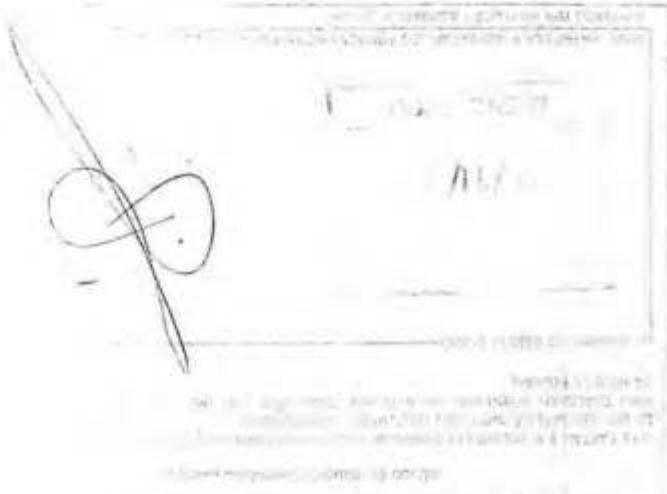
REGISTRO GERAL 70029198320 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/8/1999
NOME JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS E FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE MISSAO VELHA-CE DATA DE NASCIMENTO 11/8/1967
DOC ORIGEM CERT. NASC. 4819 L A12.F
86 MISSAO VELHA-CE

CPF
FORTALEZA-CE

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



11.08.67

João Antônio dos Santos

RECEBEMOS

25/08/2009

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



RECEBEMOS

25/11/2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETAZIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



DESENHO FOTOGRÁFICO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2000-2005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 24/8/1999

NOME JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS E
FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

MISSAO VELHA-CE

11/8/1967

DOC ORIGEM CERT. NASC. 4819 L A12.F

B6 MISSAO VELHA-CE

CPF

PORTALIZA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

RECEBEMOS

11.08.67

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736.0001-08

~~JOÃO ANTONIO DOS SANTOS~~

11.08.67

ASSINATURA

JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
EXERCÍCIO DE PESSOAS FÍSICAS

11.08.67

156765658 70

11.08.67

João Antônio dos Santos.

11.08.67

ASSINATURA

JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

RECEBEMOS

~~JOÃO ANTONIO DOS SANTOS~~

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736.0001-08



RECEBEMOS

[Handwritten signature]

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

RECEBEMOS

11 SET 2019

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

N-111 GENEVIEVE MOREAU
Cote de la Sanguine Efrei
CPN/PJ21.487.738/0001-06

RECEBEMOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DENATRAN

DETAN - CE N° 014410022734
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

CEN^o 014416822754
98731521304

NUMBER 15

RECIBO CÉ N° 014416822/34

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

CE Nº 014416822754		BILHETE DE SEGURO DPVAT																			
98731521304		PR24599/CE																			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p> <p>014416822754</p> <p>15584151059</p>																					
VA 01	PE/NAIVAM 1101574531	CPF / CHPF	EXERCÍCIO																		
		98731521304	2018																		
ANO FAB 2016	DT. INIC PAR	MARCA / MODELO	DATA EMISSÃO																		
		SHINERAY/500	22/11/2018																		
<p>PRÉMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>FÍS (R\$)</td> <td>DEPARTAMENTO (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">- CUSTO DO SEU MEDE (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGUEIDO R\$0,00 (R\$0,00)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">- PAGAMENTO</td> <td>DATAS DE PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> COMUNICA</td> <td><input type="checkbox"/> PANCELADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00/00/0000</td> </tr> </table>				FÍS (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)				- CUSTO DO SEU MEDE (R\$)		TOTAL A SER PAGUEIDO R\$0,00 (R\$0,00)	- PAGAMENTO		DATAS DE PAGAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICA		<input type="checkbox"/> PANCELADO			00/00/0000
FÍS (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																			
- CUSTO DO SEU MEDE (R\$)		TOTAL A SER PAGUEIDO R\$0,00 (R\$0,00)																			
- PAGAMENTO		DATAS DE PAGAMENTO																			
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICA		<input type="checkbox"/> PANCELADO																			
		00/00/0000																			
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 09.246.408/0001-04</p>																					

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

02346

PNZ4599

ODO: HELLOKIRK
1101574531
222000 02846

卷之三

Maria G.
Combach
CIEP J21



RECEBEMOS

25 JUN 2019

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

PEDIDO DE REANÁLISE DO PROCESSO

VITIMA: JOÃO ANTÔNIO DOS SANTOS

Nº DO SINISTRO : 3190395531

EU, JOÃO ANTÔNIO DOS SANTOS PORTADOR DO CPF: 156.765.658-70

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO JUNTO A SEGURADORA LÍDER ,QUE SOFRI UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 26/03/2019 O QUAL FIQUEI COM SEQUELAS E CONFORME DOCUMENTAÇÃO ENVIADA FOI AVALIADA E NEGADO , O QUAL QUERO QUE VOSSA SENHORIA MIM DÊ DIREITO COMO CIDADÃO DE COMPARECER A UMA PERÍCIA POIS TENHO DOCUMENTAÇÃO OS QUAIS COMPROVAM AS SEQUELAS PELO ACIDENTE , POIS É INADMISSÍVEL TAL RESULTADO, E DIANTE DE TODO EXPOSTO ,VENHO SOLICITAR UMA PERÍCIA MÉDICA NO QUAL ESTOU DISPONÍVEL A QUALQUER DIA E HORÁRIO PARA QUE SEJA REAVALIADO O MEU CASO.
AGUARDO DESDE JÁ A RESPOSTA .

O MEU ENDEREÇO É :

RESIDO NA LOCALIDADE: RUA MANOEL PEIXO 248

BAIRRO: DO ROSARIO

CIDADE:BARBALHA / CEARÁ 07/09/2019

João Antônio dos Santos

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Geralda F. Nogueira
Comissária de Segurança Pública
CHPJ 21 ABT 737.001-17



PROIBIDO PLASTIFICAR
1084866119

RECEBEMOS

11 SET 2019

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

RECEBEMOS

RECEBEMOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527119 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO. PG2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527119 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO. PG2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00