

---

**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

---

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 médico-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



---

**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

---

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

---

**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 INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE 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: RAO 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 PARTICULARES, 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 JUN 2019

OUTORGANTE:

Maria Gacinda F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 12.148.738/0001-06

Nome: João Antonio dos Santos, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 99029198320, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 156.765.658-70, residente no(a) RUA MANOEL PEXOTO  
nº 248, bairro: ROSARIO, município: BARBALHA I.C.E

OUTORGADO:

Nome: CICERO DANIEL DOSSANTOS SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: M.F.I, portador(a) do RG 200106019110, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 010.969.64333, residente no(a) SITIO LAMBEDOR  
nº 1505, bairro: ZONARURAL, município: BARBALHA I.C.E

**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: 26/03/2019 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  
1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
  
Assinatura  
  
TESTEMUNHAS  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
  
Assinatura



RECEBEMOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

28 JUN 2019

OUTORGANTE:

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.447.738/0001-06

Nome: João Antonio dos Santos, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
Profissão: AUTOGRÁFICO, portador(a) do RG 99029198320, órgão expedidor SSP-CE  
e do CPF: 156.765.658-70, residente no(a) RUA MANOEL PEXOTO  
nº 248, bairro: ROSARIO, município: BARBALHA CE

OUTORGADO:

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS 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 LAMBEDOR  
nº 1505, bairro: ZONARURAL, município: BARBALHA 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: 26/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: BARBALHA-CE. 10.05.2019

João Antonio dos Santos

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



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](http://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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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](http://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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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

\_\_\_\_\_  
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
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 médico-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](http://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

\_\_\_\_\_  
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE



7-5 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:

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

156.765.658-10 JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)

Nome completo:

CPF:

JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

156.765.658-10

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

AUTONOMO

RUA MANDEL PEIXOTO

248

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

ROSARIO

BARBALHA

CEARA

63180-000

E-mail:

88.9.9218-3025

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão  
e  
assinatura  
da  
vítima  
ou  
beneficiário

Local e Data: BARBALHA CE 10.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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(RO)GO, 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 Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli



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:

2-5 JUN 2019  
Maria Gecineide 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:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

Local e Data: BARBALHA CE 10-05-2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

**RECEBEMOS**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU(RO)GA, 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 Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.738/0001-06





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1143 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato:	<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>RECEBEMOS</b>  25 III 2019	
Data / Hora da Comunicação:	<b>08/05/2019 10:44:29</b>			
Data / Hora da Ocorrência:	<b>26/03/2019 10:30:00</b>			
Endereço da Ocorrência:	<b>RUA PADRE CORREIA</b>			
Complemento:				
Bairro:	<b>ROSÁRIO</b>	Município:	<b>BARBALHA/CE</b>	Maria Gacineide F. Nobre Controladora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.738/0001-06
Ponto de Referência:	<b>CRUZAMENTO C/ CORONEL GREGÓRIO CALVO</b>			
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 SUPERCÍLIO 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.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Consolidado em: 08/05/2019 11:09:42

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/05/2019 11:09:42

Marlene Angelo dos Santos

X João Antonio dos Santos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1143 / 2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*João Antonio Moura*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*Marilene Angelo dos Santos*

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

RECEBEMOS

25 JUN 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.487.739/0001-12





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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1143 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	RECEBEMOS  Maria Gacineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.738/0001-06	
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
Ponto de Referência:	CRUZAMENTO C/ CORONEL GREGÓRIO CALO	Noticiante(s)	RECEBEMOS

Nome:	JOÃO ANTONIO DOS SANTOS -	11 SET 2019 UF: CE Maria Gacineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.738/0001-06 CEP: 63.180-000	
Nascimento:	11/08/1967		CPF: 156.765.658-70
RG:	99029198320		Orgão Emissor:
Filiação:	FRANCISCA VICÊNCIA DA CONCEIÇÃO		ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
Endereço:	RUA MANOEL PEIXOTO, 248		Bairro: ROSÁRIO
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 FEITAS RESIDENTES COM O NOTICIANTE; QUE REGISTRA A Ocorrência PRA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Consolidado em: 08/05/2019 11:09:42

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/05/2019 11:09:42

Marlene Angelo dos Santos

X João Antonio dos Santos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1143 / 2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*João Antonio Mouta*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*Marilene Angelo dos Santos*

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

RECEBEMOS

*[Signature]*

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Erel  
CNPJ: 21.487.739/0001-12

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Erel  
CNPJ: 21.487.739/0001-12



7-5 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:

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

156.765.658-10 JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

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:

CPF:

JOÃO ANTONIO DOS SANTOS

156.765.658-10

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

AUTONOMO

RUA MANDEL PEIXOTO

248

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

ROSARIO

BARBALHA

CEARA

63180-000

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).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão  
e  
assinatura  
da  
vítima  
ou  
beneficiário

Local e Data: BARBALHA CE 10.05.2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGA

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**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU(RO)GO, 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 Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli



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:

2-5 JUN 2019  
Maria Gecineide 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:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão  
digital do  
vítima ou  
beneficiário  
autorizado

Local e Data: BARBAHUA CE 10-05-2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

**RECEBEMOS**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU(RO)GA, 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 Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.738/0001-06



26/03/2019  
Data de Emissão



## 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

### 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 CONTRASTE (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 Gacinda F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.407.730/0001-01



26/03/2019 ✓  
Data de Emissão

## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

### Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV  
Usuário do Atendimento : CRBEZERRA

Nome : JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Paciente : 20232

### Atendimento



3552044

Nome da Mãe : FRANCISCA VICENCIA DA CONCEICA

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento : 11/08/1967

Idade : 51 Anos / 7 Meses / 15 Dias

Endereço : RUA MANOEL PEIXOTO

CASA

Número : 248

Bairro : ROSARIO

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180970

Telefone : 99036312

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 :

Do dor ombro (E)

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : ( ) Sim ( ) Não A que? \_\_\_\_\_

Hora médica : \_\_\_\_\_

03 In = / trauma 11 SEP 2019  
+ múltiplos lesões  
ambos RECEBEMOS até 11  
subm (E)

Hipótese Diagnóstica :

Clavícula  
De - / GT Antero  
post (se  
Am)

### Procedimento

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

### Conduta

2 pri  
2 am  
0 Eup

Maria Heloisa dos Santos

Assinatura do Paciente ou Responsável

LINDIMAR LEITE CUNHA JUNIOR  
CRM 10982

RECEBEMOS

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.487.739/0001-02



## 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: Município: 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 CONTRASTE (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

*[Handwritten signature]*

Maria Gecineide F. Nobre  
Controladora de Seguros Eirel  
CNPJ 21.487.730/0001-01

**Nº DO CLIENTE**  
**5401823**

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

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 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 | 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 MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 987315213-04

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência Abr/2019 Data de Apresentação 26/04/2019 Previsão Próxima Lettura 27/05/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto D02H/PA Fev/2019 EIED 7,47  
Mês DICRI = 0,00 P

**ICMS**

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

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,85			0,00		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

9346.AB71.0B5E.E083.1607.00CB.C016.240C

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 12398	12284	1,00	114	0,00	30 70 14	0,17620 0,30322 0,45334	5,28 21,18 6,36
26/04/19	27/03/19		30 DIAS		114		32,79

**DESCRIÇÃO**

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	32,79
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,98
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,23
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	39,74

**RECEBEMOS**

25 JUN 2019

Maria Gacimaida F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.497.738/0001-06

**VENCIMENTO** 06/05/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 85,74

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia .....	17,32
Transmissão .....	1,97
Distribuição .....	10,17
Encargos Setoriais .....	2,31
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,85
<b>TOTAL</b> .....	<b>34,62</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

06	114	106	69	113	69	109	103	97	105	93	105	103
MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

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. Aliquotas: PIS:0,88% e COFINS:4,10% (Art. 9º, Lei nº 106-2009 - ANEEL e Lei nº 10.637/03 e 10.833/03). Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sanidade vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui





Nº DO CLIENTE  
**5401823**

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

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, 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 | 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. RENDÁ MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 987315213-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Abr/2019

Data de Apresentação 26/04/2019

Previsão Próxima Leitura 27/05/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Mensal Fev/2019 EUSO 7,47

Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

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

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9346.4671.885E.E883.1607.0009.C016.240C

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
12398	12284	1,00	114	0,00	29	0,17628	5,28
					78	0,38222	21,18
					14	0,45334	6,36
26/04/19	27/03/19		30 DIAS		114		32,79

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)
32,79
VALOR CONSUMO DO MES
11,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
1,23
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA
39,74
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

RECEBEMOS

11 SET 2019

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

RECEBEMOS

*[Assinatura]*

Maria Getineide 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

Energia .....	17,32
Transmissão .....	1,37
Distribuição .....	18,17
Encargos Setoriais .....	2,31
Tributos (PIS e COFINS) ...	2,85
TOTAL .....	34,22

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

98	114	106	69	113	69	109	103	97	105	93	103
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

44,51

0,00

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. Aliquotas: PIS: 0,65% e COFINS: 4,10%  
Cada cliente, constam multadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com  
sumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.807/2009. Esta declaração substitui

# NOVO CLIENTE

2767309

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

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, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE  
CNPJ: 07047261/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505  
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791 Poste 0000 0000

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 010969643-33 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

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

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda de qualidade de serviço.  
Conjunto Jan/2019 DED 48,55  
Mês DICRI = 0,00 P

## ICMS

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

## Padrão Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10,15	29,30	40,61	0,00	0,00	0,00
DIC	7,37	14,74	29,49	0,00	0,00
FIC	5,38			0,00	
DMIC					

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6634,3900,3340,5606,4230,2609,905F,9673

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
28688	28371	1,00	237	0,00	237	0,35700	84,61
13/03/19	11/02/19		30 DÍG		237		84,61

## DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	84,61
MULTA MORATORIA REF 12/2018	1,04
JUROS DO MES	0,73
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	24,50
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8588	62,16

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.738/0001-05

VENCIMENTO 10/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 173,04

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	44,67
Transmissão	4,76
Distribuição	25,49
Encargos Setoriais	6,02
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	2,91
TOTAL	84,61

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

163	237	152	242	146	206	146	151	150	108	152	126	151
M12 Mar Fev Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Mai Abr												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

RECEBEMOS

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.738/0001-05



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CICERO DAVIEL DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.96.96431-33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO ANTONIO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 156.765.658-70

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO ANTONIO 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:

☐ Recuso informar DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

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

Cicero Daviel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

**RECEBEMOS**

25/05/2019

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



EMPREGADOR

**Demonstrativo de Pagamento de Salário**

Nome: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA** Referência do Mês / Ano

Endereço: **SÍTIO LAMBEDOR Nº 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ**

CNPJ: **21.445.032/0001-70** 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 3.200,00	Total dos Descontos 406,83	
			Líquido a Receber >	2.793,17	
Salário Base	Base Calc. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3.200,00	3.200,00	0,00	0,00	2.848,00	0

2ª VIA - EMPREGADOR

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

28/03/2019 *Cicero Daniel dos Santos Silva*  
 DATA ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

**RECEBEMOS**

25 JUN 2019

Maria Geacineide F. Nobre  
 Controladora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 21.487.738/0001-06

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

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO ANTONIO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 156.765.658/70

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO ANTONIO 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 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>
E-mail:		CEP:	<u>63180-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(88) 9663-3619</u>

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

RECEBEMOS

11 SET 2019

Cicero Daniel dos Santos Silva

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

### Demonstrativo de Pagamento de Salário

RECEBEMOS

1-SET 2019

SITIO LAMBEDOR N° 1505 - ZONA RURAL - BARBADILLO - CANTÓN

CHU 21.445.03270001-76

COVID-19

25 CÍCERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CDC

ADMINISTRADOR

Cód.	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	
<b>SUB-TOTALS:</b>				
			<b>Total dos Vencimentos</b>	<b>Total dos Descontos</b>
			3.200,00	406,83
			<b>Liquido a Receber-&gt;</b>	<b>2.793,17</b>
			<b>Base Calc IRPF</b>	<b>Faixa IRPF</b>
			2.848,00	0
			<b>FGTS do Mês</b>	
			0,00	
			<b>FGTS do Ano</b>	
			0,00	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

2863 13019

DATA

A Personel dos Santos Silva

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_

RECEBEMOS

25-111-502

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



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 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 50cc Ano: 2016

Placa: PNZ 4599 Chassi: 99HDT2050G5006145

Data do Acidente: 26/03/2019

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

Marilene 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: 21.487.738/0001-06



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 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 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 SO2 Ano: 2016

Placa: PNZ 4599 Chassi: 99 HJT2050G500 6145

Data do Acidente: 26/03/2019

RECEBEMOS

Local e Data: BARBALHA - CE - 10.05.2019

11 SET 2019

Marlene Angelo dos Santos

Assinatura do Declarante

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

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

RECEBEMOS

RECEBEMOS

Maria Gaciminda F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.487.739/0001-06





## 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:

Município: BARBALHA

CEP 63183-000

Bairro: ROSARIO

Tel.: 88 99400-1327

Endereço: RUA MANOEL PEIXOTO

Num: 248

### PRESCRIÇÃO

Médico: Dr. <sup>Dr. Jênio Santos Moura</sup>  
<sup>CRM 18170</sup>  
JÊNIO 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:

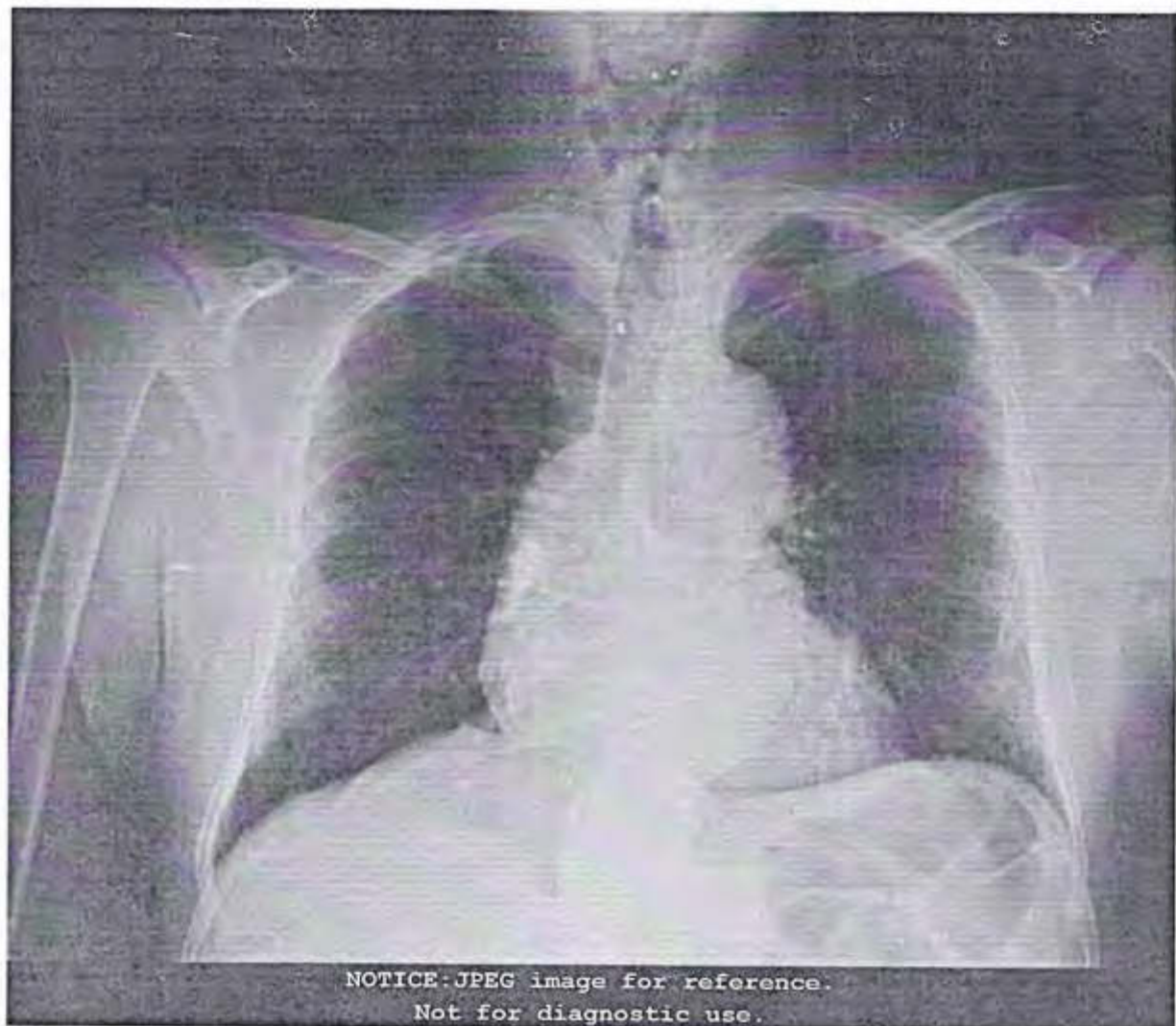
☐ Óbito

RECEBEMOS

25 III 2019

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



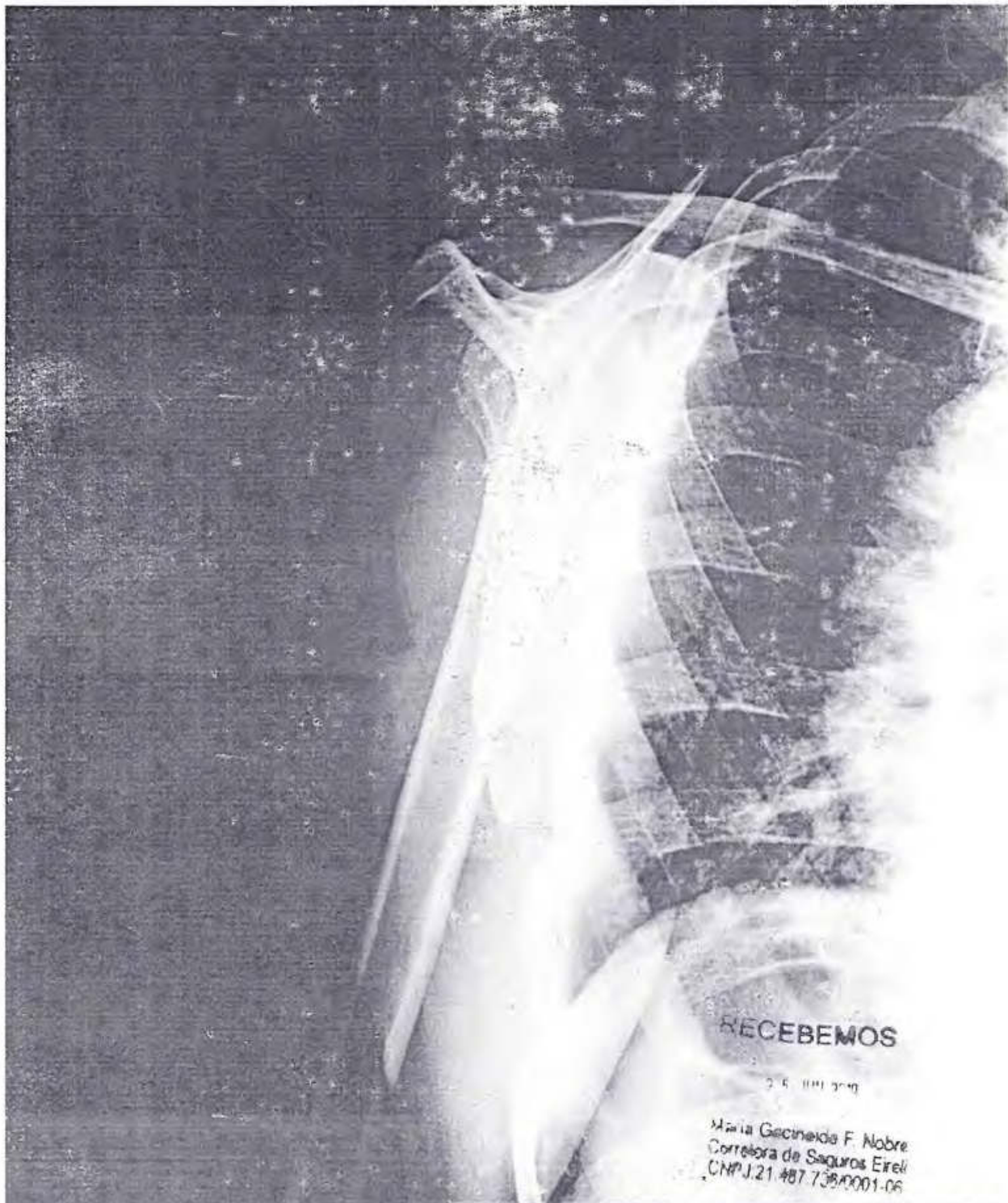


RECEBEMOS

25 JUN 2019

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eire  
CNPJ: 21.487.739/0001-02





RECEBEMOS

25 11/11 2019


Maria Getneide F. Nobre  
Corredora de Seguros Eireli  
CNPJ.21.487.739/0001-06

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





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



RECEBEMOS

25 JUN 2010

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

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- 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, NO PRIMEIRO AMBULATÓRIO COM VAGA DISPONÍVEL
- 11- RETORNAR À EMERGÊNCIA ANTES DESTES PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

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- 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, NO PRIMEIRO AMBULATÓRIO COM VAGA DISPONÍVEL
- 11- RETORNAR À EMERGÊNCIA ANTES DESTES PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

6046CRO

09/04/19  
15:30  
David Gondim  
RECEBEMOS

25 JUN 2019

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

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: ULTRASSONOGRRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

PRONTUÁRIO: 172692

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

### RELATÓRIO

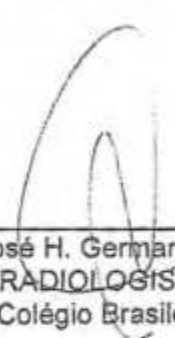
Exame realizado com transdutor linear de 12 MHz, evidenciando

- Tendão da cabeça longa do biceps 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 supraespinal com textura heterogênea, de calibre aumentado, apresentando redução focal do seu calibre próximo a sua inserção estimada em 30%, compatível com rutura parcial.
- Tendão infraespinal 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 RUTURA PARCIAL DO SUPRAESPINAL.



  
Dr. José H. Germano Correia  
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM 4139  
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 ft de zigomático a esquerda sem deslocamento e sem demanda cirúrgica.  
evolui com boa abertura bucal, sem dor e ausência de impedimento estetico e/ou funcional.  
alta com orientacoes

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

### PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------



RECEBEMOS

17 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Exe  
CNPJ 21.447.740/0001-00

NOME: JOAO ANTONIO DOS SANTOS  
DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1967  
SOLICITANTE: STENIO SANTOS MOURA  
SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA  
DATA DO EXAME: 27/03/2019  
DATA DO LAUDO: 27/03/2019  
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

PRONTUÁRIO: 172692

ENFERMARIA/LEITO: INTERMEDIARIA II, 16  
HORA DO EXAME: 14:41  
HORA DO LAUDO: 15:25

### 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 pósterolateral 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 prévios 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 pósterolateral 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.

RECEBEMOS

17 JUL 2019

Paula Carneiro F. Nova  
Coordenadora de Saúde Bucal  
CRM 121.171/6

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

### PRESCRIÇÃO

Médico: Dr. <sup>Dr. Eni Santos Moura</sup> ENIO 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

11 SET 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Coordenadora de Serviços Especializados  
CNPJ: 21.487.738/0001-06

RECEBEMOS



Maria Gacineide F. Nobre  
Coordenadora de Serviços Especializados  
CNPJ: 21.487.738/0001-06





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 biceps 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 supraespinal com textura heterogênea, de calibre aumentado, apresentando redução focal do seu calibre próximo a sua inserção estimada em 30%, compatível com rutura parcial.
- Tendão infraespinal 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. RUTURA PARCIAL DO SUPRAESPINAL.

RECEBEMOS



Maria Gacineide F. Nobre  
Controladora de Seguros Etc.  
CNPJ: 21.487.738/0001-11

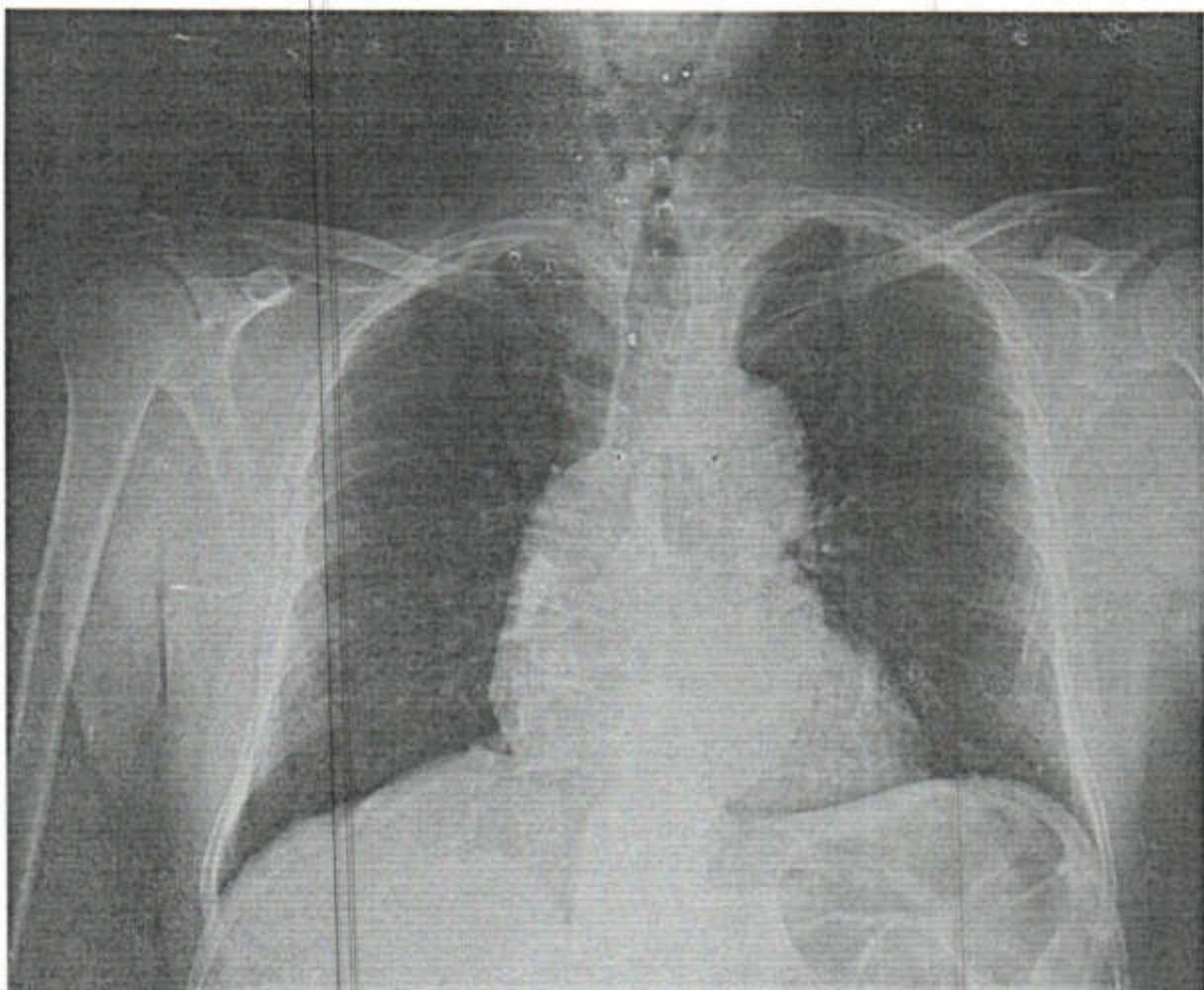
RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Controladora de Seguros Etc.  
CNPJ: 21.487.738/0001-11



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

*Maria*

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eire  
CNPJ: 21.497.738/0001-00

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eire  
CNPJ: 21.497.738/0001-00



RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Getineida F. Nobre  
Correio de Saguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-06

RECEBEMOS

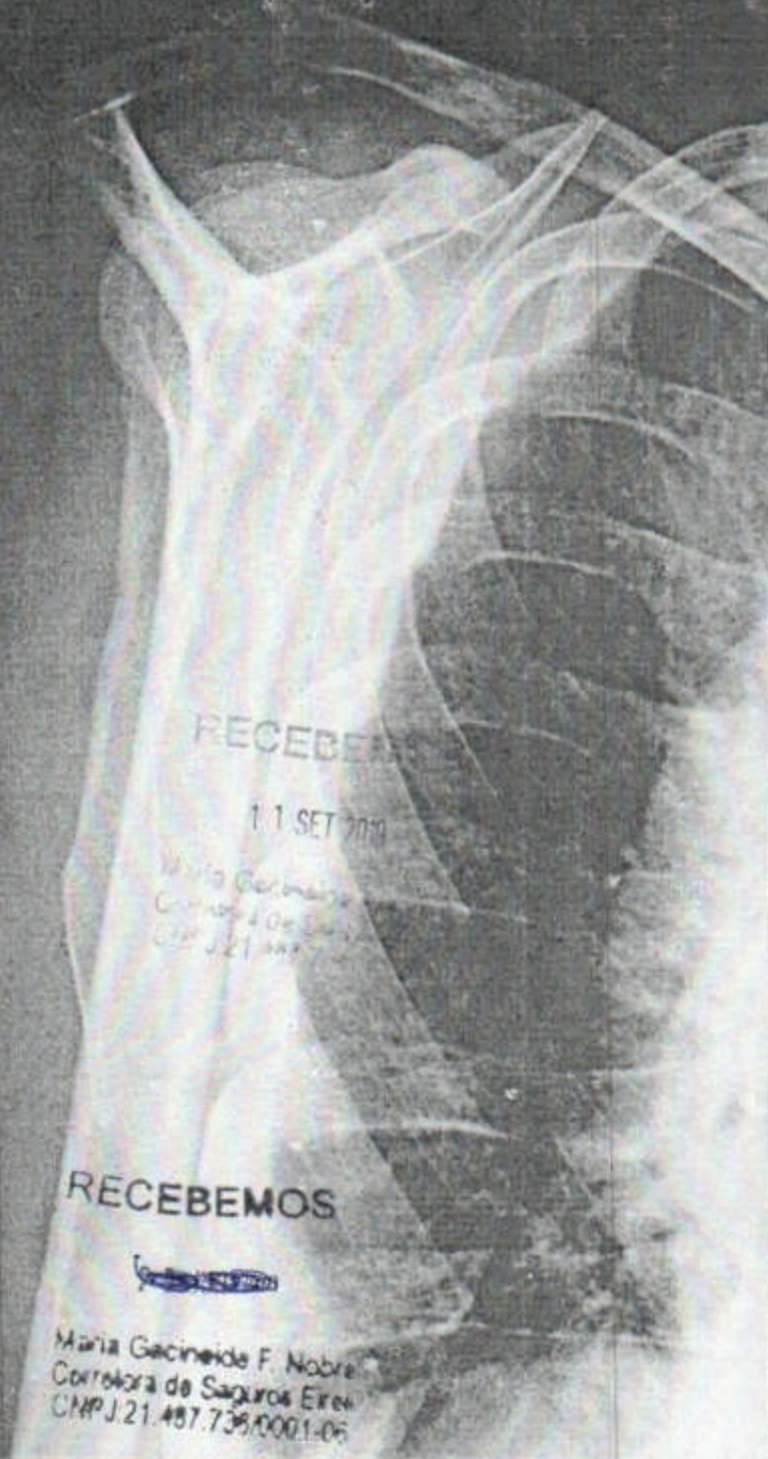
09/09/19

Maria Getineida F. Nobre  
Correio de Saguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-06

NOTICE: JPEG image for reference.

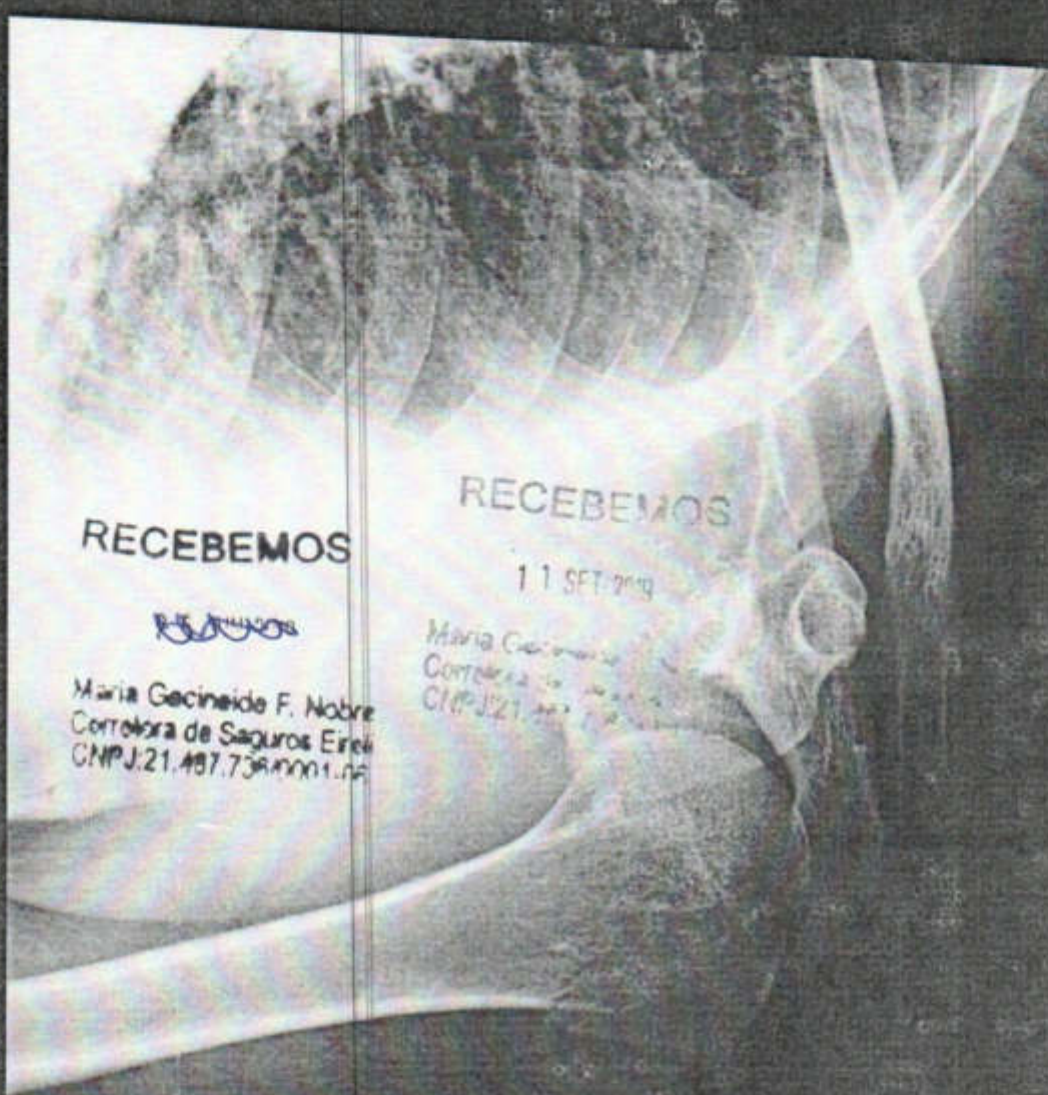
Not for diagnostic use.





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





RECEBEMOS

RECEBEMOS

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

RECEBEMOS

11 SET 2019

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

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





## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Prontuário: 172892

USO INTERNO (VIA ORAL)

DIPIRONA 500 MG

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

### 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 MORNIA 5 X DIA POR 3 A 5 DIAS PARA A REGRESSÃO DO EDEMA
- 7- NÃO DETAR 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, NO PRIMEIRO AMBULATÓRIO COM VAGA DISPONÍVEL
- 11- RETORNAR A EMERGÊNCIA ANTES DESTA PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

60460

RECEBEMOS



## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO ANTONIO DOS SANTOS

Prontuário: 172892

USO INTERNO (VIA ORAL)

DIPIRONA 500 MG

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

### 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 MORNIA 5 X DIA POR 3 A 5 DIAS PARA A REGRESSÃO DO EDEMA
- 7- NÃO DETAR 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, NO PRIMEIRO AMBULATÓRIO COM VAGA DISPONÍVEL
- 11- RETORNAR A EMERGÊNCIA ANTES DESTA PRAZO EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Data: 28/03/2019

FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

60460

RECEBEMOS

Maria Gacinarde F. Nobre  
Coordenadora de Enfermagem  
CNPJ 21.487.736/0001-05

09/04/20

15:30

Maria Gacinarde F. Nobre  
Coordenadora de Enfermagem  
CNPJ 21.487.736/0001-05



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Assinatura do Titular

*João Antonio dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7029198320 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/8/1999

NOME JOAO 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

CNPJ

PORTALIZA CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Assinatura

*[Handwritten signature]*

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
FACILITADOR DE REGISTRAÇÃO

NUMERO DE REGISTRAÇÃO NO CNP

156765658 70

Nome do Contribuinte

João Antonio dos Santos.

11.08.67

*João Antonio dos Santos*

RECEBEMOS

25/11/2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.738/0001-05

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
951246230

NOME  
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

DOC IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR  
2001016014110 SSP CE

CPF  
010.969.643-33

DATA NASCIMENTO  
28/07/1984

FUNÇÃO  
DOMINGOS ANDRE DA SILVA  
CICERA MARIA DOS SANTOS SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CATEGORIA  
2

Nº REGISTRO  
04882272657

VALIDADE  
23/10/2019

1ª EMISSÃO  
11/02/2010

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

*Cicero Daniel dos Santos Silva*

LOCAL  
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO  
23/10/2014

*por Valdir F. A.*  
RICARDO MARCONDES LOPES  
PROFESSOR DE CONDUTOR

39016498266  
CE144330008

DETRAN-CE (GERA)

951246230

RECEBEMOS

25/11/2019

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*João Antonio dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7029198320 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/8/1999

NOME JOAO 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

PORTALEZA CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

RECEBEMOS

11 SET 1999

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

ASSINATURA

*João Antonio dos Santos*

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CALVÁSTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

156765658 70

NOME DO CONTRATADO

João Antonio dos Santos.

DATA

11.08.67

ASSINATURA

*João Antonio dos Santos*

RECEBEMOS

*Maria Gacineide F. Nobre*

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

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

NOME  
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO  
2001016014110 SSP CE

CPF 010.969.643-33 DATA NASCIMENTO 28/07/1984

NÚMERO  
DOMINGOS ANDRÉ DA SILVA  
CICERA MARIA DOS SANTOS SILVA

RENDA  
ACC  
CATEGORIA

Nº RENOV. 04882272697 VALOR 21/10/2019 1ª VALIDADE 11/02/2010

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO

*Cícero Daniel dos Santos Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 23/10/2014

*Luiz Vitor A. A.*  
ASSINATURA DO EMITENTE

39016488266  
CE144330008

DEBAN CE (CEARA)

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL 951246230

POSSEÍDO PLÁSTICA 951246230

RECEBEMOS

*Maria*

Maria Geconilde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.738/0001-05

RECEBEMOS

11 SET 2019

Maria Geconilde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.738/0001-05



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 014416822754  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 1101574531 B.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME

MARILENE ANGELO DOS SANTOS

BARBALHA /CE

CPF / CNPJ

98731521304

PLACA

PNZ4599/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

99HJT2050GS006145

ESPECIE TIPO

PAS/CICLOMOTO/MAD APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

SHINERAY/500

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2016

CAF / POT / CIL

2P/0CV/49CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERDE

COTA ÚNICA

\*\*\*\*\*

VENC. COTA ÚNICA

\*\*/\*\*/\*\*

VENC. / COTAS

1\*

FAIXA LTV

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\*

2\*

3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*

LOCAL

BARBALHA

DATA

22/11/2018

Igor Ponte  
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 014416822754 BILHETE DE SEGURO DPVAT

98731521304

PNZ4599/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014416822754

15584151059

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

22/11/2018

VIA

01

CPF / CNPJ

98731521304

PLACA

PNZ4599

RENAVAM

1101574531

MARCA / MODELO

SHINERAY/500

ANO FAB.

2016

CAT. TAXA

PART

Nº CHASSI

99HJT2050GS006145

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGADO SEGURO DPVAT

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: 1P39FMAGA042627

02846

014416822754

RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE

ASSINATURA



02846

PNZ4599

CÓD. RENAVAM

1101574531

222000 02846

CONTRAN

RECEBEMOS

25/11/2018

Maria Giacineide F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Erel  
CNPJ 21.487.738/0001-06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014416822754  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NOME: MARLENE ANGEL O DOS SANTOS  
VIA: 01 COD. RENAVAM: 1101574531 R.A.T.R.C.: 000000000000 EXERCÍCIO: 2018

PLACA: PNZ4599/CE  
CHASSI: 98731521304

ESPECIE TIPO: GASOLINA

MARCA / MODELO: SHINERAY / 500

CAP / POT / CIL: 2P / 0CV / 49CC CATEGORIA: PARTIC PARTE VERDE

COTA ÚNICA: 1\* VENC. COTAS: 2\* PARCELAMENTO / COTAS: 3\*

PREMIUM TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

\*\*\*\*\*

BARBALHA LOCAL: DATA: 12/11/2018

Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014416822754 BILHETE DE SEGURO DPVAT

98731521304 PHZ4599/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014416822754 15584151059

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 12/11/2018

PLACA: PNZ4599

MARCA / MODELO: SHINERAY / 500

ANO FAB: 2016 CIL: 49 PAR: 2P

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITACAO: 00/00/0000

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.408/0001-04

MOTOR: 1F39FMAG4042627 02846



RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014416822754 RECIBO CE Nº

ASSINATURA



02846 PNZ4599 COD. RENAVAM: 1101574531 222000 02846

RECEBEMOS

Maria Gacinda F. Nobre  
Controladora de Seguros Erel  
CNPJ 21.487.738/0001-06

RECEBEMOS  
11 SET 2018  
Maria Gacinda F. Nobre  
Controladora de Seguros Erel  
CNPJ 21.487.738/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
MARILENE ANGELO DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 98097065980 SSPDC CE
	CPF DATA NASCIMENTO 987.315.213-04 04/10/1977
	RESIDÊNCIA SEVERINO AMANCIO DOS SANTOS MARIA ANTONIA ANGELO
	PERMISSÃO ACC CATENA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AB
Nº REGISTRO 05350253541	VALIDADE 09/02/2020 1ª HABILITAÇÃO 04/11/2011
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador 	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 01/04/2015
Assinatura do Emissor  ISON VASCUNELLOS PONTE	16929620642 CE146153901

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1084866119

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1084866119

RECEBEMOS

25 JUN 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Eireli  
CPF J.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 INADIMISSÍVEL 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 Gorethide F. Nobre  
Corredora de Seguro Evid  
CHPJ.21.157.702.2001-19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
MARILENE ANGELO DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSÃO DE 98097065880 SSFDC CE
	CPF 987.315.213-04 DATA NASCIMENTO 04/10/1977
	RENÇÃO SEVERINO ANANCIO DOS SANTOS MARIA ANTONIA ANGELO
	PERMISSÃO ACC CATINHA AD
1º REGISTRO 05350253541	1º VALIDADE 09/02/2020
1º HABILITAÇÃO 04/11/2011	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Titular Marilene Angelo dos Santos	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 01/04/2015
Assinatura do Emissor 16929620642 CE146153901	
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1084866119

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1084866119

RECEBEMOS

11 SET 2019

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

RECEBEMOS



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



# 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