Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Acessar nova versão do e-SAJ

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSNP.20.00166059-4** em **23/06/2020 12:06:25**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Senador Pompeu
Processo : 0050098-36.2020.8.06.0166
Protocolo : WSNP.20.00166059-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 23/06/2020 12:06:25

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2730633_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2730633_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf
Documentação : 2730633_CONTESTACAO_Anexo_02 - 14-29.pdf
Documentação : 2730633_CONTESTACAO_Anexo_02 - 30-39.pdf
Documentação : 2730633_CONTESTACAO_Anexo_02 - 40.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SENADOR POMPEU/CE

PROCESSO: 00500983620208060166

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **MANOEL BEZERRA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/01/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

---

[4]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[5]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[6.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[7]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

---

[6]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[7]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**,** inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SENADOR POMPEU, 23 de junho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MANOEL BEZERRA DE LIMA**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SENADOR POMPEU**, nos autos do Processo nº 00500983620208060166.

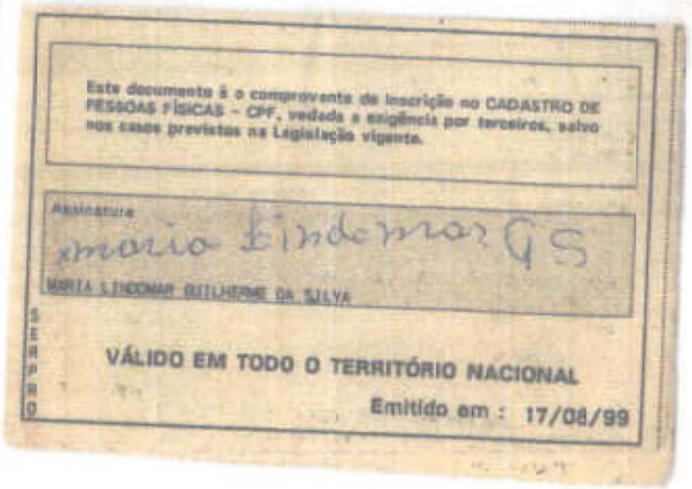
Rio de Janeiro, 23 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Procuração de cópias

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
APR. 2110

8553131

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 545616941

Rota 10 14000 08 185500 - 7
Data de Emissão 16/10/2018

Nome EDILENE SOARES ROCHA
End. Postal AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970
CENTRO - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 644632
Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL TRIFASICO
RG/CPF/CNPJ 650734873-20
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2018	16/10/2018	14/11/2018

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
177,42	27,00%	47,90

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B145.7046.7907.4125.4861.4288.6014.5223

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto SOBRAL PORTEA
Mês ago 2018 Eqtd 46,91

	Padrão Referência			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,36	20,77	2,09	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			2,09		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit.Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	45676	45463	1,00	213	0,00	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	16.10.18	17.09.18		29 DIAS		213		177,42

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	177,42
MULTA MORATORIA REF 09/2018	3,25
JUROS DO MES	0,87
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	36,11
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 16,34)	

VENCIMENTO 23/10/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 217,65

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	63,17
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	61,87
TOTAL	177,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

94	213	212	196	66	33	22	30	39	38	40	67	96

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitida kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
83,16	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
O NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da Saude. Gov. Federal

Conta deste faturamento PIS [illegible] e COFINS [illegible]

Bandeira vermelha patamar 2 em outubro com custo de 5,00 reais a cada 100kWh
multipartidarias. Informacoes: www.aneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 ABR. 21 1º

Nº do Cliente: 8553131
Referência: Out/2018
Data de Emissão: 16/10/2018
Total a Pagar (R$): 217,65
Nº da Nota Fiscal: 545616941
Nº de Controle: 0008553131 00014 39142 93

83820000002-9 17650031000-5 00085531310-2 00143914214-6

NOME
MOTLENE SOARES ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
20170436709 SSPDS CE

CPF
650.734.873-20

DATA NASCIMENTO
01/02/1981

FILIAÇÃO
EXPEDITO MENDES ROCHA
MARIA SUELA SOARES ROCHA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06675350149

VALIDADE
26/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/06/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO.

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
12/09/2017

77260446512
CE161108512

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497073959

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497073959

Procuradora

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
- 5 ABR. 2019

Nº DO CLIENTE

8553131

Para agilizar 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 570239532

Rota 10 14000 08 185500 - 7

Data de Emissão 15/04/2019

Nome EDILENE SOARES ROCHA

End. Postal AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970
CENTRO - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 644632

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL TRIFASICO

RG / CPF / CNPJ 650734873-20

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	15/04/2019	15/05/2019

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
146.96	27.00%	39.67

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7EC1.77E9.31B7.CE38.2B5B.FFB4.C47A.5AE7

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês Fev/2019 EUSD 46.68

DICRI= 13.22 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5.19	10.38	20.77	0.68	0.00	0.00
FIC	3.23	6.47	12.95	1.00	0.00	0.00
DMIC	2.54			0.68		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	46950	46747	1.00	203	0.00	203	0.72297	146.96
	15/04/19	16/03/19		30 DIAS		203		146.96

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	146,96
MULTA MORATORIA REF 03/2019	2,82
JUROS DO MES	1,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	29,33

VENCIMENTO 23/04/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 180,35

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	54,66
Transmissão	5,83
Distribuição	31,74
Encargos Setoriais	8,54
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	46,98
TOTAL	146,96

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mar/18	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan/19	Fev
169	203	199	195	215	238	224	213	212	196	86	33	22

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
79,25	0,00	0 – 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA
Prezado Cliente, constatou em nossos controles conta(s) em atraso. Deve o detalhamento do Debito. O nao pagamento da divida implica na possibilidade da suspensao do fornecimento de energia em 15 dias apos a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informacoes aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R$
03/2019	164.57
Total	164.57

Consta desta fatura R$ 7.31 referente a PIS e COFINS.Aliquotas: PIS:0.88% e COFINS:4.10%
Lei 9.718/98, Res. 166/2005 - ANEEL e Leis n. 10.637/02 e 10.833/03

Bandeira verde em abr-19, sem acrescimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor.Informacoes: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 8553131
Data de Emissão: 15/04/2019
Nº da Nota Fiscal: 570239532
Referência: Abr/2019
Total a Pagar (R$): 180,35
Nº de Controle: 0008553131 00020 39202 43

83890000001-3 80350031000-4 00085531310-2 00203920274-3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993
Cidade: Senador Pompeu
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA
Data do acidente: 08/10/2018
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL, COM OTORRAGIA DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA ATÍPICA, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL E PERDA AUDITIVA DIREITA. AUDIOMETRIA (0570472019) - ANACUSIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: O TCE EVOLUIU COM ANACUSIA DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993
Cidade: Senador Pompeu
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA
Data do acidente: 08/10/2018
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL, COM OTORRAGIA DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA ATÍPICA, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL E PERDA AUDITIVA DIREITA. AUDIOMETRIA (0570472019) - ANACUSIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: O TCE EVOLUIU COM ANACUSIA DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA **Data do acidente:** 08/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM OTORRAGIA À DIREITA E LACERAÇÃO EM REGIÃO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @4 VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTROS ANTERIORES: 2012431602 - OMBRO ESQUERDO EM 50%; 2014131690 - PERDA DA VISÃO DE OLHO ESQUERDO EM 50%. / EM SINISTRO ANTERIOR (3190108007) COM MESMA DATA DE ACIDENTE ATUAL, AVALIADA PELA PERÍCIA EM 08/04/2019; NO ENTANTO, NÃO TINHA APRESENTADO DOCUMENTOS AUDIOLÓGICOS ATÉ ENTÃO. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190291993 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA **Data do acidente:** 08/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM OTORRAGIA À DIREITA E LACERAÇÃO EM REGIÃO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTROS ANTERIORES: 2012431602 - OMBRO ESQUERDO EM 50%; 2014131690 - PERDA DA VISÃO DE OLHO ESQUERDO EM 50%. / EM SINISTRO ANTERIOR (3190108007) COM MESMA DATA DE ACIDENTE ATUAL, AVALIADA PELA PERÍCIA EM 08/04/2019; NO ENTANTO, NÃO TINHA APRESENTADO DOCUMENTOS AUDIOLÓGICOS ATÉ ENTÃO. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

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

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993 **Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA**

Data do Acidente: 08/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL BEZERRA DE LIMA

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

Pag. 01301/01302 - carta_01 - INVALIDEZ

00020651

Carta nº 14240844

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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993
Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA
Data do Acidente: 08/10/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL BEZERRA DE LIMA

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

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

Pag. 01099/01100 - carta_03 - INVALIDEZ
00060550

Carta nº 14245367

:

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

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993

Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00161/00162 - carta_02 - INVALIDEZ

00050081

Carta nº 14299241

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

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190291993 **Vítima: MANOEL BEZERRA DE LIMA**

Data do Acidente: 08/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL BEZERRA DE LIMA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R$ 3.375,00

Recebedor: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **237**
Agência: **000000722-6**
Conta: **000001004516-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00493/00494 - carta_30 - INVALIDEZ
00030247

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 458.542.383-49 | Nome completo da vítima: Manoel Bezerra de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Manoel Bezerra de Lima | CPF: 458.542.383-49

Profissão: PROPAGANDISTA | Endereço: RUA CAPISTRANO DE ABREU | Número: 52 | Complemento:

Bairro: CARACARA | Cidade: Sobral Pompeu | Estado: Ceará | CEP: 63.600,000

E-mail: | Tel (DDD): (88) 9667-5407

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)

AGÊNCIA: 0722 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 1004516 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data, Sobral Pompeu-CE 05/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoel Bezerra de Lima

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 ABR. 2019

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190291993
Nome do(a) Examinado(a): Manoel Bezerra de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Capistrano de Abreu, 51
Centro Senador Pompeu CE CEP: 63600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 201620028940
Data local do acidente: [08/10/2018]
Data local do exame: [22/05/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CRÂNIO FACIAL, COM OTORRAGIA DIREITA.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU, TRANSFERIDA PARA O IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: ANACUSIA DIREITA.
Data da Alta: 10/12/2018

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

MARCHA ATÍPICA, EXAME NEUROLÓGICO NORMAL E PERDA AUDITIVA DIREITA. AUDIOMETRIA (0570472019) - ANACUSIA DIREITA.

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

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

DEBILIDAD COMPLETA DA AUDIÇÃO DIREITA, PELA PERDA DA MESMA.

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. André de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 458.542.383-49 | Nome completo da vítima: Manoel Bezerra de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Manoel Bezerra de Lima | CPF: 458.542.383-49

Profissão: PROPAGANDISTA | Endereço: RUA CAPISTRANO DE ABREU | Número: 52 | Complemento:

Bairro: CARACARA | Cidade: Sobral Pompeu | Estado: Ceará | CEP: 63.600,000

E-mail: | Tel (DDD): (88) 9667-5407

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)

AGÊNCIA: 0722 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 1004516 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data, Sobral Pompeu-CE 05/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoel Bezerra de Lima

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

25 ABR. 2019

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

Delegacia Regional de Polícia Cartório Senador Pompeu-Ce

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRENCIA N 551 - 76 / 2019

Dados da Ocorrencia

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/01/2019 15:18:53**
Data / Hora da Ocorrencia: **08/10/2018 17:30:00**
Endereço da Ocorrencia: **AVENIDA CARLOS JEREISSATI**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Municipio: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A CADEIA PUBLICA**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Nascimento: **14/05/1972** CPF: **458.542.383-49**
CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: UF:
974208G
Filiação: **MARIA SOCORRO DE LIMA**
ANTONIO DE LIMA
Endereço: **RUA CAPISTRANO DE ABREL, 51**
Bairro: **CARACARA**
Municipio: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **NVE5880** UF: **CE** Municipio: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110AR017625** Renavam: **306912295** Tipo do Veiculo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustivel: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietario: **MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILVA** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Historico

Afirma a vitima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA Hora, dia, e local informado, estava conduzindo sua motocicleta acima mencionada, estava vindo próximo a Cadeia Publica de Senador Pompeu, vinha um rapaz de bicicleta na contramão ao tentar desviar não conseguiu pois já estava muito perto e bateu com o seu veiculo na bicicleta, que a vitima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido pelo SAMU da Cidade e só veio retornar no outro dia. Que a vitima informar que sua esposa falou que a vitima tinha levado uma forte pancada na cabeça e tinha ficado desacordado e em seguida foi sido transferido para o IJF de Fortaleza. Que a vitima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO, Que apresenta como testemunhas, o senhor FERNANDO SOMBRA DA SILVA e a Senhora, FRANCISCA MARIA BEZERRA ALVES DE LIMA conforme documentação anexa. E nada mais disse. Bem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Cartório

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 551 - 76 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSAVEL PELO REGISTRO :

DENYZE SANTANA DE LEMOS - MAT.: 30119134

RESPONSAVEL PELA INFORMACAO: Manoel Barros Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201-

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

Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu - CE
FLS
Cartório
RUBRICA
AUTORIDADE

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 76 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/01/2019 15:18:53**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2018 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CARLOS JEREISSATI**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A CADEIA PUBLICA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL BEZERRA DE LIMA**
Nascimento: **14/05/1972** CPF: **458.542.383-49**
CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: UF:
974208G
Filiação: **MARIA SOCORRO DE LIMA**
ANTONIO DE LIMA
Endereço: **RUA CAPISTRANO DE ABREL, 51**
Bairro: **CARACARA**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP: **63.600-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVE5880** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110AR017625** Renavam: **306912295** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a vítima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA Hora, dia, e local informado, estava conduzindo sua motocicleta acima mencionada, estava vindo próximo a Cadeia Pública de Senador Pompeu, vinha um rapaz de bicicleta na contramão ao tentar desviar não conseguiu pois já estava muito perto e bateu com o seu veículo na bicicleta, que a vítima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido pelo SAMU da Cidade e só veio retornar no outro dia; Que a vítima informar que sua esposa falou que a vítima tinha levado uma forte pancada na cabeça e tinha ficado desacordado e em seguida tinha sido transferido para o IJF de Fortaleza; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor FERNANDO SOMBRA DA SILVA e a Senhora, FRANCISCA MARIA BEZERRA ALVES DE LIMA conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

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

Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE - Cartório
FLS. _____
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 201941651

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 76 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
DENYZE SANTANA DE LEMOS - MAT.: 30119134

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Rafael Bezerra Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

Helder Beserra dos Santos
Delegado de Policia Civil
Mat.300.820-1-X

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 458.542.383-49 | Nome completo da vítima: Manoel Bezerra de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Manoel Bezerra de Lima | CPF: 458.542.383-49

Profissão: PROPAGANDISTA | Endereço: RUA CAPISTRANO DE ABREU | Número: 52 | Complemento:

Bairro: CARACARA | Cidade: Sobral Pompeu | Estado: Ceará | CEP: 63.600,000

E-mail: | Tel (DDD): (88) 9667-5407

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)

AGÊNCIA: 0722 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 1004516 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data, Sobral Pompeu-CE 05/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoel Bezerra de Lima

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018

FALTA DO ATO DECLARATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 09/10/18 HORÁRIO: 18.10 ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/02/77 IDADE: 48 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Josefina de Lima SUS:

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Motorista

ENDEREÇO: R: Jornalista Antonio Arruda BAIRRO: CARACARA CEP: 63600-000

CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmhg SPO_2: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: Dor no Peito

HDA: Pct relata quadro de dor em barra de fogo, Cefaleia, Tontura com frequência e Náusea sem perda de consciência e vômito.

DIAGNOSTICO: AVC / Hipertensão Arterial

PRESCRIÇÃO: Tramadol
SSL 100ml
Dipirona + EDT

Carimbo Ass. do Médico
Dr. Fernando Hugo F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2018
MHSI
NPJ: 07 802 697/0002-44

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Francisca Maria Bezerra Alves

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 AGR. 2018

03010

INSTITUTO COMPARTILHA
SAMIAC
Uma história dividida dedicada à vida
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

FALTA DO ATO DECLARATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 09/10/18 HORÁRIO: 18.10 ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/02/77 IDADE: 48 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Josefina de Lima SUS:

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Motorista

ENDEREÇO: R: Jornalista Antonio Arruda BAIRRO: CARACARA CEP: 63600-000

CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmhg SPO_2: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: Dor no Peito

HDA: Pct relata quadro de dor em barra de fogo, Cefaleia, Tontura com frequência e Náusea sem perda de consciência e vômito.

DIAGNOSTICO: AVC / Hipertensão Arterial

PRESCRIÇÃO: Tramadol
SSL 100ml
Dipirona + EDT

Carimbo Ass. do Médico
Dr. Fernando Hugo F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2018
MHSI
NPJ: 07 802 697/0002-44

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Francisca Maria Bezerra Alves

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 AGR. 2018

03010

INSTITUTO COMPARTILHA
SAMIAC
Uma história dividida dedicada à vida
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL BEZERRA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000001004516-9

Nr. Autenticação
BRADESCO270520190500000000002370072200000100451633750 0 PAGO

Cagece

Nº de Inscrição:

DADOS DO CLIENTE

Nome: VITOR HANDEL ALVES DE LIMA

End. Leitura: RU CAPISTRANO DE ABREU, S1, CENTRO

Cidade: SOBRAL (TAMBEU) CEP: 03000-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Setor: 009 Quadra: 0102 Lote: 0122 Conta: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Valor m³	Média Consumo m³
0210	[illegible]	144	151	7	5

DATAS

Leitura Atual: 05.11.2015 Emissão: 09.11.2015 Leitura Água: 0000150

Leitura Anterior: [illegible] Próxima Leitura: [illegible] Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: [illegible]

Nº do Amostrar	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Objetivo	0,21	0,21	[illegible]	0,21	0,21
Resultado	0,23	0,29	0,12	0,29	0,29
Nº conformidade	0,24	0,29	0,15	0,30	0,29

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

constatamos debito de R$ 25,42. Caso pague, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R$)	Descrição	Valor (R$)
[illegible]	0,21	VALOR DO SER[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	VALOR DO SUBS[illegible]	11,20
		VALOR TOTAL A PAGAR	[illegible]

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	10/12/2015	25,42

[illegible] 0 [illegible] 51 R 022 P 001

Pague sua fatura em: Bradesco, [illegible], Santander, Itaú, [illegible] Magazine, Pontos [illegible] Caixa Econômica Federal e demais lotéricas e correspondentes bancários. Consulte sua agência.

Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: [illegible], nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [illegible] ou na [illegible], de 8h às 12h e 13h às 17h.

[illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

Cagece

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

[illegible] 0122

Inscrição: [illegible] Código de Arrecadador: [illegible] Vencimento: [illegible]

Setor: [illegible] Quadra: [illegible] Lote: [illegible] Conta: [illegible]

Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 10.12.2015 Total (R$): 25,42

82610000000 / 25520009700 4 02039423301 / 01001122015 8

Cagece

Nº de Inscrição:

DADOS DO CLIENTE

Nome: VITOR HANDEL ALVES DE LIMA

End. Leitura: RU CAPISTRANO DE ABREU, S1, CENTRO

Cidade: SOBRAL (TAMBEU) CEP: 03000-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Setor: 009 Quadra: 0102 Lote: 0122 Conta: 0000

Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Valor m³	Média Consumo m³
0210	[illegible]	144	151	7	5

DATAS

Leitura Atual: 05.11.2015 Emissão: 09.11.2015 Leitura Água: 0000150

Leitura Anterior: [illegible] Próxima Leitura: [illegible] Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: [illegible]

Nº do Amostrar	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Objetivo	0,21	0,21	[illegible]	0,21	0,21
Resultado	0,23	0,29	0,12	0,29	0,29
Nº conformidade	0,24	0,29	0,15	0,30	0,29

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

constatamos debito de R$ 25,42. Caso pague, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R$)	Descrição	Valor (R$)
[illegible]	0,21	VALOR DO SER[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	VALOR DO SUBS[illegible]	11,20
		VALOR TOTAL A PAGAR	[illegible]

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	10/12/2015	25,42

[illegible] 0 [illegible] 51 R 022 P 001

Pague sua fatura em: Bradesco, [illegible], Santander, Itaú, [illegible] Magazine, Pontos [illegible] Caixa Econômica Federal e demais lotéricas e correspondentes bancários. Consulte sua agência.

Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 2838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: [illegible], nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [illegible] ou na [illegible], de 8h às 12h e 13h às 17h.

[illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

Cagece

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

[illegible] 0122

Inscrição: [illegible] Código de Arrecadador: [illegible] Vencimento: [illegible]

Setor: [illegible] Quadra: [illegible] Lote: [illegible] Conta: [illegible]

Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: SENADOR POMPEU Vencimento: 10.12.2015 Total (R$): 25,42

82610000000 / 25520009700 4 02039423301 / 01001122015 8

Seguradora LÍDER

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] 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[2].

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

Pelo exposto, eu EDILENE SOARES ROCHA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 25409016000L / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL BEZERRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 458542383 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL BEZERRA DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 458542383 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: RUA FRANCISCO FRANCA CARDOSO		Número: 470	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: SENADOR POMPEU	Estado: CE	CEP: 63600-000
E-mail:			Tel.(DDD):

Local e Data: SENADOR POMPEU - CE 28/01/2019

Assinatura do Declarante

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 15 ABR. 2019

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lindomar Guilherme da Silva

RG nº 3009475-96, data de expedição 09/01/96, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 592.129.673-53, com domicílio na cidade de Senador Pompeu, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Geliniano Vitoriano de Oliveira, nº 293, 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 Manoel Bezerra de Lima, cujo o condutor era Manoel Bezerra de Lima.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 125 FAN KS
Ano: 2010
Placa: NVE 5880 / CE
Chassi: 9C2JC4110AR017625
Data do Acidente: 08/10/18
Local e Data: Pacoti 2019.

Maria Lindomar Guilherme da Silva
Assinatura do Declarante

1º RCPN

Manoel Bezerra de Lima

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

1º RCPN

RECONHEÇO FIRMA Maria Lindomar Guilherme da Silva
1º OFICIO O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu Ceará de 2019
Em testemunho da Verdade
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
Fone: (88) 3449 0275

CONFERE COM O ORIGINAL
02
Nº CM 719512 ONEM
Nº CM 719511 QPPP

RECONHEÇO FIRMA Manoel Bezerra de Lima
1º OFICIO O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu Ceará de 2019
Em testemunho da Verdade
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
Fone: (88) 3449 0275

Fca. Lindalte de Sousa Saraiva
2º Substituto
CARTORIO 1º OFICIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
SUS - Sistema Único de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Manoel Bezerra de Lima

Sexo: M *Idade:* 46 *Profissão:*

Nome do Pai:

Nome da Mãe: Maria [illegible] de Lima

Unidade Adscritiva: [illegible]

Agente de Saúde: Maria B. Castro

Encaminhado do(a): [illegible]

Para: ORL

Motivo do Encaminhamento:

CID: Hipoacusia ouvido (D)

Encaminhamento / *Função* *Data* 8 / 11 / 18

CONTRA REFERÊNCIA OU CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

Nome:

Procedimentos:

Data / /

Consultante

"SAÚDE DIREITO QUE SE CONQUISTA. DEVER DO ESTADO"

Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Dr. José Frota

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Neuro Data: ___/___/___ às ___:___h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: BMF Data: ___/___/___ às ___:___h

Paciente sem [illegible] sinais de choque. Ao exame físico, [illegible] apresenta lesão extensa em região [illegible] associado um [illegible] de nariz [illegible]. Ao exame físico apresenta abertura [illegible] ocular [illegible]

CONDUTA: Alta da BMF ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Data: ___/___/___ às ___:___h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: PCR Data: 09/10/18 às 07:10h

Atendido, avaliado por cirurgião plástico
Não [illegible]

CONDUTA: Alta [illegible] ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
1. Dipirona 2g	
2. Dipirona 2ml 12/12 EV 16/64 [illegible]	28/10

Suzana Maria T. Barbosa
Nutricionista / Nutrição
CRN 10820

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2010

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h)	SN(h)
P.A:	
T:	
FC:	
FR:	

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência _____ ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão ☐ Óbito

Data: ___/___/___ às ___:___h Ass./Carimbo Médico: _____

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: ___/___/___ às ___:___h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico: _____

Prefeitura de Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR e-SUS

Emitido em: 08/10/2018 22:46:7

Por:ANDREA TOME SOMBRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 08/10/2018 22:41:33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 708002832132723	NOME: MANOEL BEZERRA DE LIMA			Registro: 5584159	
CPF: 45854238349	RG: 129005732	D. NASC: 14/05/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: MARIA SOCORRO DE LIMA			NOME DO PAI: ANTONIO DE LIMA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAPISTRANO DE ABREU			Nº: 51	BAIRRO: CARACARA
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 999527103	MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU		UF: CE	CEP: 63800000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: francisca maria /SAMU USB 67 CONDUTOR LAZARO WILK	PARENTESCO: esposa	TELEFONE: 999527103

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo a pedal

QUEIXAS: COLISAO MOTO/BICICLETA APRESENTANDO OTORRAGIA MD + LACERAÇÃO FRONTAL+PERDA DE INCOINSCIENCIA

OBSERVAÇÕES: TCE/HISTORIA DE INCONSCIENCIA

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: Paciente vítima de colisão moto. Inicio 2 h. Apresentou síncope. Lesão frontal sangrante. Refere cefaléia

Exame Físico: Tem DAC - usa AAS há 01 ano.

ECG: IM edema em foco viva anterior prévia.

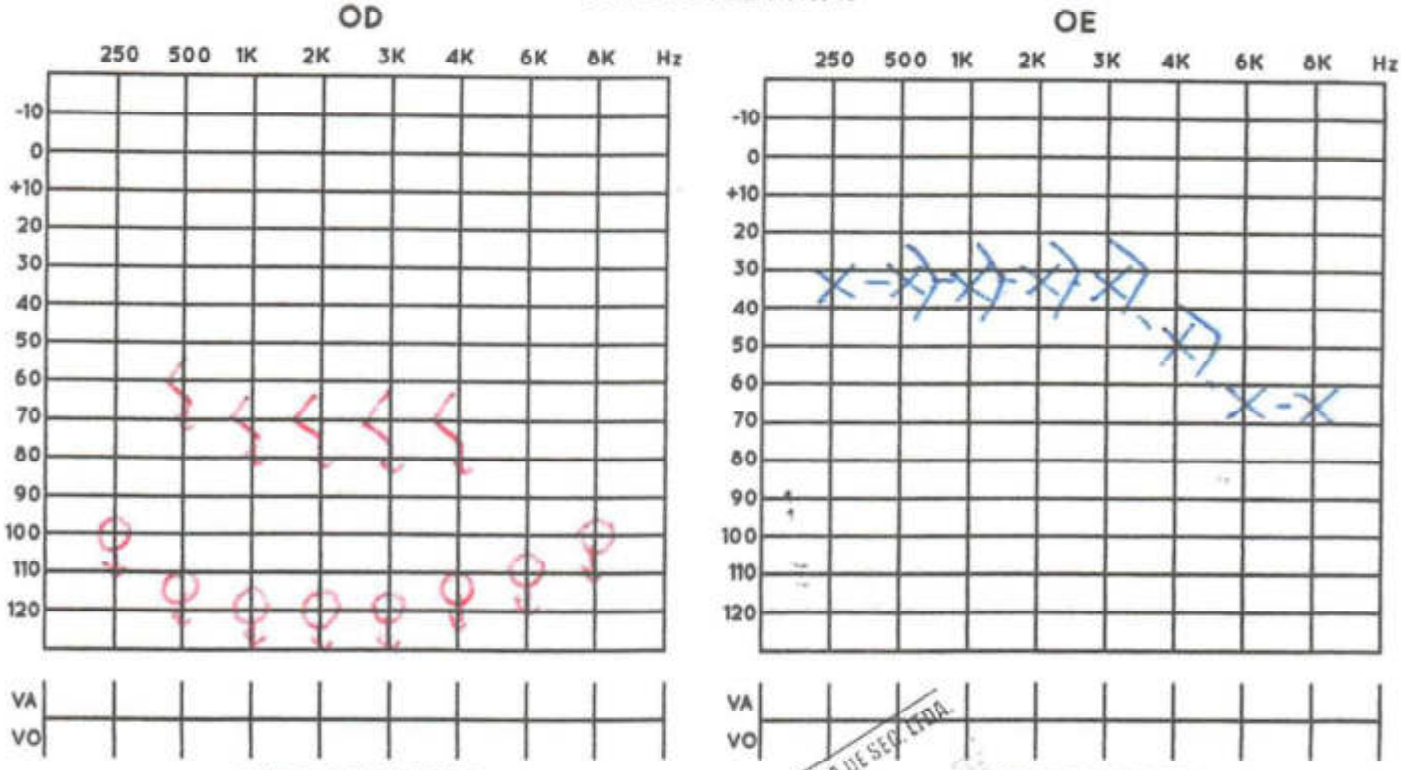
Conduta: TC de crânio 1h + tra

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 08/10/18	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: Suzanna Araújo T. Barbosa Hematologia / Hemoterapia CRM 10820

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 25 ABR. 2019

Nome: MANOEL BEZERRA DE LIMA	Data de Nasc. 14/05/1972	Idade: 46 ANOS
End: RUA: CAPISTRANO DE ABREU, 51 - CARIÇARA		Sexo: M [X] F [ ]
Solicitação:	Audiômetro: AVS 500	Calibração: 15.01.19

AUDIOMETRIA:



LOGOAUDIOMETRIA			ACUMETRIA
SRT	IRF	LDV	WEBER
OD — dB MASC. ____ dB	OD — dB MONO ____ DISS ____ MASC. ____ dB	OD — dB	OD OE
OE 35 dB MASC. ____ dB	OE 65 dB MONO 88% DISS 88% MASC. ____ dB	OE ____ dB	RINNE
			OD
			OE

OBSERVAÇÕES: PACIENTE REFERE TRAUMATISMO CRANIANO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA.

CONCLUSÃO:

OD: ANACUSIA

OE: HIPOACUSIA SENSÓRIONEURAL LEVE A MODERADA.

05 / 04 / 2019
DATA DO EXAME

FONOAUDIÓLOGO

Vinícius Sindeaux
Fonoaudiólogo
CRFª 7579
Audiologia
A481/08

CONFERE COM O ORIGINAL
25 ABR. 2019

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 23 / 10 / 18 HORÁRIO: 17:10 ATENDIMENTO Nº: 63

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M. DATA NASCIMENTO: 14 / 05 / 72 IDADE: 46 a ESTADO CIVIL: casado

MÃE: Maria Ferreira de Lima SUS:

NATURALIDADE: Solonópole CE PROFISSÃO: agricultor

ENDEREÇO: R. Coronel de Alencar BAIRRO: Fátima CEP: 63600.000

CIDADE: Sen Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: 150 X 100 mmhg SPO_2: ____% FC: ____bpm FR: ____ipm T: ____°C PESO: ____Kg GLS: ____ HGT: ____ Alergia: ____

QP: Cefaleia

HDA: há cerca [illegible]

DIAGNOSTICO: HAS leve

PRESCRIÇÃO: + Benzetacil [illegible]

Carimbo Ass. do Médico CRM - 12739

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável SAME
MHSI
CNPJ: 07.802.897/0002-44

Ass. do Técnico (a) LIBIA CONCEIÇÃO DE SEG. (TDA)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

25 ABR. 21

MANOEL BEZERRA DE LIMA
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

03710001

INSTITUTO COMPARTILHA SAMEAC
Uma história cheia dedicada à vida
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE

CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 05/10/18 HORÁRIO: 18:10 ATENDIMENTO Nº: 21

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Manoel Bezerra de Lima

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 14/07/77 IDADE: 40 ESTADO CIVIL: casado

MÃE: Antonia de Lima SUS:

NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: Mototaxi

ENDEREÇO: R: Jornalista Antonio Araújo BAIRRO: CARACARA CEP: 63600-000

CIDADE: S. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: ___X___ mmhg SPO_2: ___% FC: ___bpm FR: ___ipm T: ___ºC PESO: ___Kg GLS: ___ HGT: ___ Alergia: ___

QP: Dores de Mato

HDA: Pacente Urgência queixa de Mato com trauma de face. Obnegia Tendo com fraturas por [illegible] sem perda de peso desde o dia 05/10.

DIAGNOSTICO: TCE / Obnegia [illegible]

PRESCRIÇÃO: [illegible]
[illegible]
[illegible] 3 SDA.

Carimbo Ass. do Médico
Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira
CRM - 12721

Ass. do Técnico(a)

CONFERE COM ORIGINAL
29/10/2018
Secretaria de Saúde
MRS
CNPJ 07 802 697/0002-44

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Francisca Maria Bezerra Alves de Lima
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

0301500012

INSTITUTO COMPARTILHA SAMIAC
Uma herança única dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

MATERNIDADE HOSPITAL SANTA ISABEL

GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRITO SANITÁRIO: **8ª CREAS** MUNICÍPIO: **SENADOR POMPEU - CE**
NOME: Manoel Bezerra de Lima TEL.:
SEXO: M (+) F ( ) IDADE 41 OCUPAÇÃO CEP: 63000.000
ENDEREÇO: BAIRRO CIDADE Sen. Pompeu
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:
A/ Vítima de Acidente Moto com Suspeita de Fratura; Com Corte Cortante na Perna, Escoriações; Hemoperitônio D; Pulso Bradicardico,
RESULTADO DO EXAMES
Glasgow 13 Pupilas Livres Bebido Sat 99 em Ambiente; PC: 106 Com Edema MSE,
CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:
TCE Moderado / Hemoperitônio AE
Médico 08/10/18
ASS. DO ENCAMINHANTE REG. FUNÇÃO DATA HORA

Dr. Fernando Higor F. Fernandes Vieira
CRM - 12721
MÉDICO

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:
AMBULATORIAL ( ) HOSPITALAR (X) AUXILIO DIAGNOSTICO ( )
PROCEDIMENTO: TC de Crânio / Conduta Emergencial PROFISSIONAL Maria Lopes
UNIDADE DE REFERÊNCIA DATA HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA
MUNICÍPIO PRONTUÁRIO Nº ALTA
RESUMO CLINICO/CIRURGICO

RESULTADO DE EXAMES

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 ABR. 2019

DIAGNOSTICO PRINCIPAL CID
SECUNDÁRIO 1 CID
SECUNDÁRIO 1 CID
CONDUTA REALIZADA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM ( ) NÃO ( )
O MOTIVO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNOSTICO? SIM ( ) NÃO ( )

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. FUNÇÃO DATA HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA
1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

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

NOME: MANOEL BEZERRA DE LIMA
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 20162028940 SSPDS CE
CPF: 458.542.383-49
DATA NASCIMENTO: 14/05/1972
FILIAÇÃO: ANTONIO DE LIMA
MARIA SOCORRO DE LIMA
PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA: A
Nº REGISTRO: 03253567341
VALIDADE: 03/06/2021
1ª HABILITAÇÃO: 03/06/1997
OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO:
LOCAL: QUIXADÁ, CE
DATA EMISSÃO: 16/08/2016
81199685345
CE154877425
DETRAN CE (CEARÁ)
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1290005732
PERMITIDO PLASTIFICAR
1290005732

Vitima

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019
ADM.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013400246262
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

	VIA	CÓD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
PPT	01	00306912295	0000000000	2016

NOME
MARIA LINDOMAR GUILHERME DA SILV
****
****
SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ	PLACA
89212967353	NVE5880/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JC4110AR017625

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/9CV/124CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*********.**	**/**/**	1ª ********
		2ª ********
FAIXA IPVA: ********	PARCELAMENTO / COTAS: *********.**	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
SENADOR POMPEU	30/05/2017

Igor Ponte
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 013400246262 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	30/05/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	89212967353	NVE5880

RENAVAM	MARCA / MODELO
00306912295	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010	09	9C2JC4110AR017625

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA	[ ] PARCELADO	29/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E1A017625 00785

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 ABR. 2019

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial
EDILENE SOARES ROCHA 65073487320
Nome do Empresário
EDILENE SOARES ROCHA
Nome Fantasia
JPE DPVAT
Capital Social
15.000,00

Número Identidade	Orgão Emissor	UF Emissor	CPF
291827694	SSP	CE	650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente
ATIVO

Data de Início da Situação Cadastral Vigente
08/08/2016

Números de Registro

CNPJ
25.409.016/0001-83

NIRE
23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP
63600-000
Logradouro
AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA
Número
970
Bairro
CENTRO
Municipio
SENADOR POMPEU
UF
CE

Atividades

Data de Inicio de Atividades
08/08/2016

Forma de Atuação
Estabelecimento fixo

Ocupação Principal
Digitador(a) independente

Atividade Principal (CNAE)
82.19-9/99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Ocupações Secundárias
Arquivista de documentos

Atividades Secundárias (CNAE)
82.11-3/00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Municipio para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais,tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: http://www.portaldoempreendedor.gov.br/ Certificado emitido com base na Resolução no 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM. ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento. Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
25 ABR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
25.409.016/0001-83 MATRIZ		08/08/2016

NOME EMPRESARIAL
EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)
JPE DPVAT

PORTE
ME

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
213-5 - Empresário (Individual)

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	970	

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
63.500-000	CENTRO	SENADOR POMPEU	CE

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br	(88) 9667-5407

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	08/08/2016

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **05/06/2018** às **13:09:03** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 ABR. 2019