

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347385/19

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 035.654.103-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR : 606.329.303-57

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

WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS : 035.654.103-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR
CPF: 606.329.303-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO DE PORTOS
PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
ARTIGO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR



DOC. IDENTIFICAD. / ORIG. EMISSOR OF
2008010206910 BRPS CE

CPF
606.329.303-57 DATA NASCIM. 28/10/1992

PLACÃO
MANOEL MESSIAS DA
SILVA SOUZA
MARIA ZIZI DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CEARA

Nº REGISTRO
05631943023 VALIDEZ
12/07/2022 1ª substituição
31/10/2032

SEM OBSERVAÇÃO:

Manoel Messias da Silva Souza Junior

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
21/07/2017

for Val - F/17
28920483812
CE160409578

CEARÁ

VALIDAR EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1494110036

PROIBIDO PLASTIFICAR
1494110036

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:

035.654.103-70

Nome completo da vítima:

Wesley Nascimento dos Santos

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

Nome completo:

Wesley Nascimento dos Santos

Profissão:

Revisor

Endereço:

Rua Pde Cicero ST-05

Bairro:

Parque Solé

Cidade:

Caucaia

Estado:

CE

CPF:

035654.103-70

Número:

131

Complemento:

CEP:

61603155

Tel. (DDD):

085987740318

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 POUPOANÇA

(serve para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1041

3

CONTA:

77151

1

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Fortaleza/CE 11/04/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

HORA DA CHEGADA

16:54h

69
2

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE INTERNO / EMERGÊNCIA

DATA: 22/01/19 FICHA: 130 X 80

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: José N. dos Santos SEXO: M IDADE: 30 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/19

RESIDÊNCIA: Chorozinho PROCEDIMENTO: Chorozinho

PROBLEMA: Lesão Venidiana de 47/95/11

ENDEREÇO: 777 BSM

PRE-CONSULTA: 13/01/19

APARECIMENTO: REGULAR OBSERVAÇÃO: 13/01/19

EXAME FÍSICO: 13/01/19

HISTÓRICO: 13/01/19

DIAGNÓSTICO: 13/01/19

TRATAMENTO: 13/01/19

DESEJO: 13/01/19

RESIDÊNCIA: 13/01/19

ASS. RETORNO: 13/01/19

LONGO OBSERV.: 13/01/19

INTERNACÃO: 13/01/19

Dr. San Martins Javelle
MÉDICO - CREMEC 11670
Doutor Fiel
ASS. MÉDICO CRM

- Bimênis 17/20
- 1- OCEANOLOGIA 500+1001/20
 - 2- DIRMOMA 21+18/17EV
 - 3- STIL 50012V/17-20
 - 4- ENCOMINHO PARA AVA-
LIAR COM OTIMISMO
LISTA. OK
 - 5- 55V
 - 6- TEMOZAS TRAZIDA
DA PELO TRANSPORTE
AEREO.

COOPAE

**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: 3190570894
Nome do(a) Examinado(a): Weskley Nascimento dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Pe Cicero, 131 St 05 Casa 9 Altos
Prq Soledade S CE CEP: 61603-155
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 96002245951
Data local do acidente: [22/01/2019]
Data local do exame: [26/10/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITAS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 07/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA ASSIMETRIA ESCAPULAR COM BLOQUEIO DE ROTAÇÃO EXTERNA A 45º, FLEXÃO A 100º E ABDUÇÃO A 75º
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem seqüela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

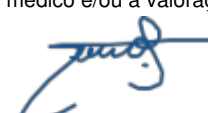
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% 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. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

035.654.103-70

Nome completo da vítima:

Wesley Nascimento dos Santos

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

Nome completo:

Wesley Nascimento dos Santos

Profissão:

Revisor

Endereço:

Rua Pde Cicero ST-05

Bairro:

Parque Solé

Cidade:

Caucaia

Estado:

CE

CPF:

035654.103-70

Número:

131

Complemento:

CEP:

61603155

Tel. (DDD):

(85) 987740318

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 POUPOANÇA

(serve para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1041

3

CONTA:

77151

1

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Fortaleza/CE 11/04/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570894

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570894

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001041-3

Conta: 0000077151-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570894

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19003969801



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvaseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



PRF

PRF



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matricula 1529666, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 7.300-2, de 24 de agosto de 2003, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2005 e no inciso II do art. 3º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19003969801 e o número de controle 64891988C83E6A13E404C9F0E65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 22/01/2019 Hora: 16:25 Município: CHOROZINHO/CE
BR: 116 KM: 64,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: E. GEORGE, 1539669

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Rotatória	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 22/01/2019, por volta das 16h25, no km 64 da BR- 116, em Chorozinho-CE, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 03 vítimas lesionadas gravemente. Os veículos envolvidos foram: Cavalotratador/Scania /T112 H 4X2/HUC2278 - V1, e o Caminhão/M. Benz/ACCELO 815 CE/POO9447 - V2. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 seguia o fluxo no sentido crescente quando foi surpreendido com o movimento de V2 para cruzar a via. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi V2 ter cruzado a via sem a devida atenção aos veículos transitavam em suas respectivas faixas de rolamento.

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

01 JUL 2019

Assinatura eletrônica



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matricado 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assinatura-eletronica>, informando o protocolo T9001909B01 e o número de controle 6469798BCB3E55A13E406C9FDE65E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01



RESERVE

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V2			

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: 18,5 metros de melo-fio danificados

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL 2019



Documento assinado eletronicamente por E. GILMONG, matrícula 1524664, Federal Rodoviário Federal, em 17/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.519, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.portal.mec.gov.br/validacao/autenticar> informando o protocolo 190033698D1 e o número de controle 64897988CDEB3E3A3E36ACD7E3E6566.

☎ 191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - HUC2278 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: HUC2278 Marca/modelo: SCANIA/T112 H 4X2
Ano fabricação: 1983 Chassi: 9BSTH4X2Z03214285

Renavam: 00263412440

Tipo de veículo: Caminhão-
trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel

Cor: Laranja

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Inacessível

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL. 2019

Assinatura eletrônica



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. G. D. R. F., matrícula-1539689, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inovapublica/validar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 61897989C83E5A15E4D6C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / SCANIA/T112 H 4X2

Placa: HUC2278

Nº BOAT: 19003969B01

Nome do Agente: E. GEORGE

Matrícula do Agente: 1539669

Data: 22/01/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/assinatura-autentica>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 648979B0C83E55A13E4D6C9FDE65E6

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01



V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1639669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.939, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assessoria/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 648979B8C8E55A13E406C9FCE5E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1 - Proprietário

Nome: RICARDO MAIA CLEMENTINO

CPF/CNPJ: 933.567.573-34

Email:

Telefone:

Endereço: TABULEIRO DO NORTE-CE

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO LEANDRO FILHO

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO LEANDRO FILHO

Data de Nascimento: 13/04/1949

CPF: 109.856.893-15

Estado civil: Não Informado

sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E

Primeira habilitação: 15/06/1981

Nº Registro: 00495017918

UF: CE

Vencimento da habilitação: 18/12/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: AV GONCALVES, 160, FATIMA, RUSSAS-CE

Telefone:

Email:

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEICULO 1 - V1R1 - HXP4094

V1R1 - Informações

Placa: HXP4094 Marca/modelo: SR/FACCHINI SRF LO

Renavam: 00805810153

Ano fabricação: 2003 Chassi: 94BF148333V001526

Tipo de veículo: Semireboque

Espécie: Carga Categoria: Aluguel

Cor: Prata

Manobra no momento do acidente:

V1R1 - Proprietário

Nome: LIMA TRANSPORTES LTDA

CPF/CNPJ: 06.890.941/0001-24

Email:

Telefone:

Endereço: RUA TRAJANO DE MORAIS, 00216, FORTALEZA-CE



Documento assinado eletronicamente por E. G. DWG, matrícula 1535659, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme Portal oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na Alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobolautenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C83E55A13E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R1 / SR/FACCHINI SRF LO

Placa: HXP4094

Nº BOAT: 19003969B01

Nome do Agente: E. GEORGE

Matrícula do Agente: 1539669

Data: 22/01/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 22/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 16 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no inciso b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/movibv/validar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 5489792BC8JESSA73E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1R1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, Inscricao: 1539669, Policia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 6.519, de 6 de outubro de 2015 e no inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/novobus/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798c83e55a13e406c9fde65e6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - VEÍCULO 2 - POQ9447 - CAMINHÃO

V2 - Informações

Placa: POQ9447	Marca/modelo: M.BENZ/ACCELO 815 CE	Renavam: 01161463175
Ano fabricação: 2018	Chassi: 9BM979028JB088669	Tipo de veículo: Caminhão
Espécie: Carga	Categoria: Particular	Cor: Azul
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista		

V2 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matricado 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 11/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 4 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 41-DG, de 13 de novembro de 2011.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://brasil.gov.br/brasil/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 648979B8C83E55A19E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / M.BENZ/ACCELO 815 CE

Placa: POQ9447

Nº BOAT: 19003969B01

Nome do Agente: E. GEORGE

Matrícula do Agente: 1539669

Data: 22/01/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual a altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X		
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		
16	Air bags (se existir)	M	X		

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme livro de Assinaturas, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.280-2, de 24 de agosto de 2001; no art. 6º da Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897088C83E55A13E40C9F0E65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



Documento assinado eletronicamente por E. G. DRGE, matrícula 153969, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 5.532, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 3º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotm/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 549779B8C63E55A13E4D6C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - Proprietário

Nome: SOLAR MAGAZINE LTDA

CPF/CNPJ: 23.708.712/0001-65

Email:

Telefone:

Endereço: AV EDSON DA MOTA CORREIA, 01000, LOJAS 09 10, CAUCAIA-CE

V2C - CONDUTOR DE V2 - WAGNER NUNES SANTOS

V2C - Informações

Nome: WAGNER NUNES SANTOS

Data de Nascimento: 21/03/1981

CPF: 621.928.333-34

Estado civil: Não Informado

sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

Primeira habilitação: 23/09/2009

Nº Registro: 04762833976

UF: CE

Vencimento da habilitação: 20/03/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA LINEU JUCA, 164, VILA UNIAO, FORTALEZA-CE

Telefone: 85986610102

Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

V2P1 - Informações

Nome: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 16/04/1988

CPF: 035.654.103-70

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: ANTONIO LIMA, 824, COQUEIROS, CAMOCIM-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1529669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informacoes/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798BC8E5A13E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - AUGUSTO JERONIMO DE SOUZA

V2P2 - Informações

Nome: AUGUSTO JERONIMO DE SOUZA
CPF: 377.262.003-59
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 11/09/1963
Estado civil:
Estado físico: Lesões Graves

V2P2 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL, 2019



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Policial Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme livro oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobrasilautenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C83E55A13E406C4F0E65E6.

191

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
TERCELA TURMA DE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE DO TITULO DE DEFESA SOCIAL E DEFESA SOCIAL

Polegar Direito

Wesley Nascimento dos Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

VAL DA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 2006021007411

DATA DE
EXPIRAÇÃO 25/07/2012

NOME
WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSÉ DOS SANTOS

LÚCIA VEROTIANO DO NASCIMENTO

NATALIDADE
CHAVAL - CE

DATA DE NASCIMENTO
16/04/1988

DOC. ORIENTA
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 9567 FOLHA: 202V

LIVRO: A09 CHAVAL - CE

CP: 835.654.103-70

P.: 79

2 VI

SECRETARIA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/08/03

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL. 2019



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

035.654.103-70

WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

16/04/1988



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL, 2019



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Wesley Nascimento dos Santos, Brasileiro (a)
Estado Civil Recusou, Profissão Recusou Inscrito com o Nº de RG:
2006021007411 e CPF: 035.654.103-70 Residente e
domiciliado(a) à rua Pde Cicero ST-05
Nº: 131 Bairro: Parque Solé Cidade: Caucaia
Estado: CE CEP: 61603155 Fone: (85)987740318

OUTORGADO: Manoel Messias da Silva Souza Junior
Inscrito com o Nº de RG: 2008010206910
e CPF: 606.329.303-57 Residente e domiciliado na: Rua Barão do
Rio Branco Nº: 1782 Bairro: Soc Benifício
Cidade: Fortaleza; Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Wesley Nascimento dos Santos, ocorrido em 22/01/19, de natureza da cobertura Invalidez.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquiraz, (CE), 09 de Abril de 2019

CARTÓRIO
PATACAS

Wesley Nascimento dos Santos
OUTORGANTE

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

WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Distrito de Patacas 09 ABR 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Manoel da verdade

Wantuyl Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHOROZINHO - CE
SECRETARIA DA SAUDE DE CHOROZINHO



CHOROZINHO DX 109

SECRETARIA DA SAUDE

HORA DA CHEGADA:

16:54h

69

FICHA DE ATEI DIMENTO AO PACIENTE EXTERNO / EMERGENCIA

730 X 80

TEMPERATURA

FEIC

22 JUL 19

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: Wesley N. dos Santos

Idade: 30

Sexo: M

Profissao: FARMACIA

Endereco: Rua Vendiqueto 13 9792-111

Cidade: Chorozinho

UF: CE

CEP: 67131-11

Telefone: 33141116

Pre-consulta: 33141116

Observacao: 14/07/2019

Exame fisico: 14/07/2019

Exame laboratorial: 14/07/2019

Exame de imagem: 14/07/2019

Exame de funcao: 14/07/2019

Exame de diagnostico: 14/07/2019

Exame de tratamento: 14/07/2019

Exame de acompanhamento: 14/07/2019

Exame de controle: 14/07/2019

Exame de avaliacao: 14/07/2019

Exame de relatorio: 14/07/2019

Exame de conclusao: 14/07/2019

Exame de assinatura: 14/07/2019

Exame de data: 14/07/2019

Exame de hora: 14/07/2019

Exame de local: 14/07/2019

Exame de motivo: 14/07/2019

Exame de observacao: 14/07/2019

Exame de assinatura: 14/07/2019

Exame de data: 14/07/2019

Exame de hora: 14/07/2019

Exame de local: 14/07/2019

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA

01 JUL 2019

RESIDENCIA	☐	TRANSFERENCIA	☐
AMB. RETORNO	☐	RECUSOU INTER.	☐
LEITO OBSERV.	☐	REFERENCIA	☐
INTERVENC.	☐	ÓBITO	☐

Dr. Jose Martins Jorelle
MÉDICO - CRM 11670
DEUS E FIDEL

ASS. MÉDICO CRM

ASS. PACIENTE OU REPR.

X

- 1- ~~CHOROZINHO 109~~ ~~5654-1001~~ ~~21/12/19~~ ~~17/20~~
- 2- DIRMONTA 21+12/12/19
- 3- STUL 500121/17-25
- 4- ENCAMINHO PARA AVALIACAO COM ORNAMENTO LINGUA, OK
- 5- 55 ✓
- 6- TEMOAS TRABALHA DA PELO TRANSPORTE AENCO.

COOPAE R

Imprimir

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

LEITO: 1722

DATA DE 22/ 01/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5599649

CIDADE DE CAUCAIA

ORIGEM:

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: Fratura da omoplata (escápula) (CONSERVADOR) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA

DECIDIDA

PARA CADA

LESAO:

STAFF QUE

OPEROU NA

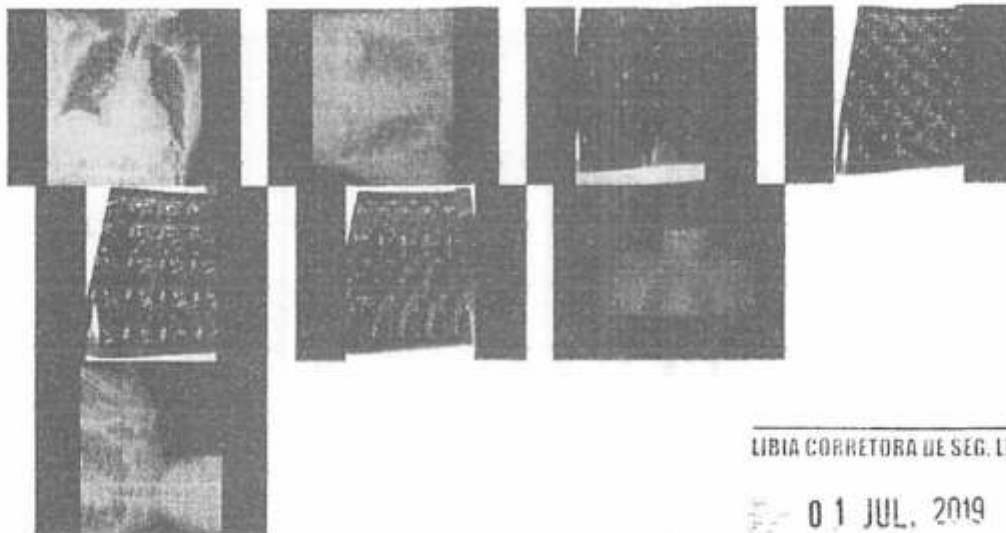
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL. 2019

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Ass.: _____ Retornar dia: 1/1 Hora: _____ para

Dr. Weskley

Data: 27/02/19

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

LEITO: 1722

DATA DE 22/01/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5699649

CIDADE DE CAUCAIA

ORIGEM:

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: Fratura da omoplata [escápula] (CONSERVADOR) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA

DECIDIDA

PARA CADA

LESAO:

STAFF QUE

OPEROU NA

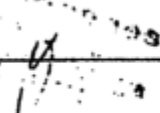
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO

Ass: 

Retomar dia: 15 dias

Hora: _____ para

Dr. Renato

Data: 07/02/19

Dispensa do trabalho por:

R. 120 dias

HG Residência - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

01 JUL 2019

Ass: 



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

WEEKLEY NETO DOS SANTOS

Receituário

O PACIENTE SUPRACITADO FOI
VÍTIMA DE FRATURA DE COLA
CUMULADA E LESÕES DIREITAS
SUBMETIDAS A TRATAMENTO
LIDO CIRÚRGICO. EXAMINADO COM
REPEREÇÃO FOCAL PERMANENTE,
BEM COMO EVIDÊNCIA DE
CONVULSÃO ΔTT.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE ATENDIMENTO À SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE

Dr. Leandro Bago
07 MAIO 2019

UNIMED 12124

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL 2019

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradadader.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: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 023 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 05 | 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://www.susep.gov.br/objetos/CLAWEB/DOC/INSTRUCAO%20CIRCULAR%20445>

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

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

SUPLENTE/INDENIZAÇÃO DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ORGÃO REGULADOR E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGÊNCIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CDAF, ORGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99 613/98.

Pelo exposto, eu Maxwell Messias da Silva Souza Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606 329 303, 57

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wesley Messias dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº 035.654.103, 70

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez

da vítima

Wesley Messias dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº 035.654.103, 70, 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-DPVAI, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência de endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Barão do Rio Branco</u>		
Bairro:	<u>Jose Bonifácio</u>	Cidade:	<u>Fortaleza</u>
E-mail:			
Estado:	<u>CE</u>	CPF:	<u>60025060</u>
Telefone:	<u>(85) 987740318</u>		

Local e Data: Fortaleza/CE 11/04/19

Maxwell Messias da Silva Souza Junior
Assinatura do Declarante

105621937

(85) 30356941-

L: 3285 H: 07:05:17 R: 103 P: 00
 Cagedo de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Colaboração do usuário manter-se-á confidencial, atualizada junto à Cagete, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: **Transfêr** - Autarquia de Regulação, Planejamento e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; **OSCO 205.1212** (Diretoria Executiva); **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Universais dos Estados do Rio de Janeiro; **OSCO 205.1212** (Diretoria Executiva).

Para mais informações, por favor, ligue para: **OSCO 372.01.01**, nos horários de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagete.com.br ou no endereço da Cagete: **R101, 1910 de 17h às 12h e 13h às 17h**.


 155

Via do agente
independente

B2687WENHUIZ E 06-3-100V19600 1 06-632393300 1 03080222015 7

[illegible]

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

01 III 2019

葛修林



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565462669
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160 | CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07037251/0001-70 | CGF 00 105 848 3

A Tarifa Social do Energia Elétrica
Aplica-se a Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8264964 **2**

VENCIMENTO
21/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
173,07

Rota 07 01110 16 037020

Medidor

Poste

Nome FRANCISCO GUTO CARDOSO FEITOSA PESSOA

0000 A09N

Endereço Postal

End. da Unidade

RU BAR DO RIO BRANCO 01782 ALTOS JOSE BONIFACIO
FORTALEZA

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 011.901.773-31

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 5688 | Leitura Anterior 5465 | Constante 1 | Consumo (kWh) 223 | Consumo Incl. 0 | Consumo Faturado 223

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Apresentação

13/03/2019

Prev. Próxima
Leitura

10/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3726.21AD.E8A3.C63C.717F.1F98.AF47.908A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
157,89	27%	42,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,81

MULTA MORATORIA

3,67

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

10,70

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

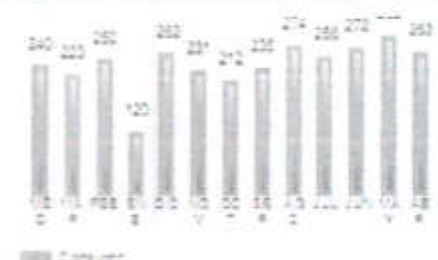
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 28,72

Conjunto: MAGUARY

Mes: JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,59	9,19	18,38	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,05	6,10	12,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,52			0,00		

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8264964-2

N° da Nota Fiscal: 565462669

Total a Pagar (R\$): 173,07

Data de Emissão:

02/04/2019

Referência: MAR/2019

N° de Controle: 0008264964 00023 4325 2 65

83850000001-6 73070031000-9 00082649640-7 00234325242-9



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL. 2019

ASS: [assinatura]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 035.654.103-70 Nome completo da vítima: Wesley Nascimento dos Santos

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

Nome completo: Wesley Nascimento dos Santos CPF: 035.654.103-70

Profissão: Revisor Endereço: Rua Pde Cícero ST-05 Número: 131 Complemento: _____

Bairro: Parque Sol Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61603155

E-mail: _____ Tel.(DDD): (85) 987740318

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1041 3 CONTA: 77151 1

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Fortaleza/CE 11/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 035.654.103-70 Nome completo da vítima: Wesley Nascimento dos Santos

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

Nome completo: Wesley Nascimento dos Santos CPF: 035.654.103-70

Profissão: Revisor Endereço: Rua Pde Cícero ST-05 Número: 131 Complemento: _____

Bairro: Parque Sol Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61603155

E-mail: _____ Tel.(DDD): (85) 987740318

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1041 3 CONTA: 77151 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Fortaleza/CE 11/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

01 JUL. 2019

ASS.1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247291/19

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 035.654.103-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR : 606.329.303-57

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

WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS : 035.654.103-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR
CPF: 606.329.303-57

MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Wesley Nascimento dos Santos, Brasileiro (a)
Estado Civil Recusou, Profissão Recusou Inscrito com o Nº de RG:
2006021007411 e CPF: 035.654.103-70 Residente e
domiciliado(a) à rua Pde Cicero ST-05
Nº: 131 Bairro: Parque Sol Cidade: Caucaia
Estado: CE CEP: 61603155 Fone: (85)987740318

OUTORGADO: Manoel Messias da Silva Souza Junior
Inscrito com o Nº de RG: 2008010206910
e CPF: 606.329.303-57 Residente e domiciliado na: Rua Barão do
Rio Branco Nº: 1782 Bairro: João Bonifácio
Cidade: Fortaleza; Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Wesley Nascimento dos Santos, ocorrido em 22/01/19, de natureza da cobertura Invalidar.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquiraz, (CE), 09 de Abril de 2019

CARTÓRIO
PATAÇAS

Wesley Nascimento dos Santos
OUTORGANTE

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

WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Distrito de Patacas 09 ABR 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Manoel da verdade

Wantuyl Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATAÇAS
Av. Jesuê Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331



Cartório de Seg. Ltda.

22 JUL 2019

DE KUNEN

DATA	PROG	ENTRADA	CONTADOR
CRDD 01 1161463176		0000000000	2018

[illegible]

CPUCRIA/CE

23708712000165 PO09447

***** / CE 98M979028JB088669

CAR/CAMINHO/FREN/C. EST* DIESEL

M. BENZ/ACCELO 815 CE	2018	2019
-----------------------	------	------

4.75T/156CV/2EX	PARTIC	AZUL
-----------------	--------	------

	COTRINCHA	VALOR COTRINCHA	VALOR INICIAL
P	*****	*/**/	1 *****
V	PRATA PVA	INVESTIMENTOS	2 *****
A	*****	*****	3 *****

MONTO INICIAL (R)	IMP. (R)	MONTO FINAL (R)	FECHA DE PAGAMENTO
43.33	0.19	47.66	00/00/000

AL.FID. ITAU UNIBANCO S.A.; CH ALON
G 2774343122018; *****

CAUCHIA 22/09/2012

1001-7715(200605)28:5;1-10

CE Nº 014033597253 INILITE DE SEGURO DPVAT

2018

23708712000165 PO09447

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE SUBSTITUIÇÃO

014058597263 48251812149

2018 22/08/2018

01	23708712000165	P009442
----	----------------	---------

1161463175 M. BENZ/ACCELO 815 CF

2018	10	98M979028J8088669
------	----	-------------------

FILE NO.	DATE IN FILE	DATE OF OFFICE PM
14-50	2-17	21-56

4.15	0.18	47.66
------	------	-------

EXTRA DUECA ☐ PAROLATO DATA DEL VERBALE 00/00/0000

DESECHANTES
LOTE/DOC: 20739374 - LACRE:
MOTOR: 924991U1228909

6102-8641

UNION COLLEGE LIBRARY

22 JUL 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
O PARLAMENTO NACIONAL DO BRASIL
UNIDADE NACIONAL DO TADITACAT

NOME
MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. DE
2008010206910 SSPDS CE

CPF
606.329.303-57 DATA NASCIMENTO
28/10/1992

FUNÇÃO
MANOEL MESSIAS DA
SILVA SOUZA
MARIA XINI DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACB

Nº REGISTRO
05631943823 VALIDEZ
12/07/2022 1ª EMISSÃO
31/10/2012

SEM OBSERVAÇÃO:

Manoel Messias da Silva Souza Junior

LOCAL
FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO
21/07/2017

28920483812
CE160409578

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1494110036

PROTEJO PLASTIFICAR
1494110036

AGIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 JUL. 2019

NOS

DATA 22/04/19 FÉRIAS ☐ TEMPERATURA 37,30 X 80

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE Wesley N. dos Santos. SEXO M DATA DE NASCIMENTO 1/1/1980

RESIDÊNCIA AGENTE DE SAÚDE CHOROZINHO

TIPO DE ATENDIMENTO 1º atendimento de 07/05/19

ENDEREÇO 1º atendimento de 07/05/19

PRE-CONSULTA 1º atendimento de 07/05/19

APRESENTAÇÃO DEBILITADA REGULAR ☐ OBSERVAÇÃO

EXAME FÍSICO 1º atendimento de 07/05/19

HEISTE DE DIAGNÓSTICO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

COMUNICAÇÃO 1º atendimento de 07/05/19

- Bimestre 17/20
- 1- OCEANOTERAPIA 500ml - 100ml EV
 - 2- DILATONA 21 + 18 ml EV
 - 3- SUL 500ml EV 17/20
 - 4- ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO COM OTORRINOLARINGOLOGISTA. OK
 - 5- EV ✓
 - 6- TENDONAS TENDONAS DA PELO TRANSPORTE AEREO.

CIOOPAE R

22 JUL 2019

Dr. São Martins Jarelle
MÉDICO - CREMEC 11670
Deus E Fiel
ASS. MÉDICO C.R.U.

Imprimir

Resumo de alta


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

LEITO: 1722

DATA DE 22/ 01/2019

INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA: //

RE/PRONT: 5599649

CIDADE DE CAUCAIA

ORIGEM:

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: Fratura da omoplata [escápula] (CONSERVADOR) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA

DECIDIDA

PARA CADA

LESÃO:

STAFF QUE

OPEROU NA

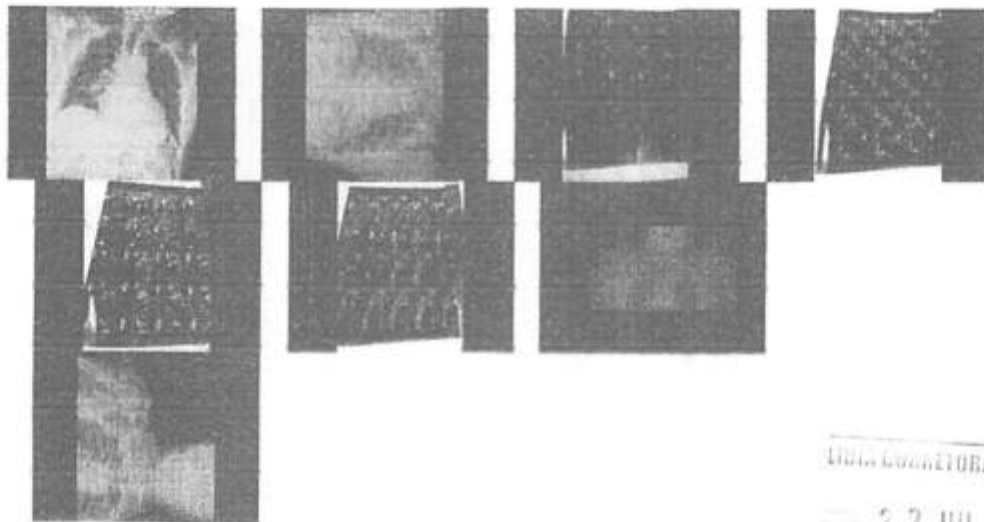
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO



LIDIA CORRÊA DE SÁ LTDA.

22 JUL, 2019

Ass.:

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Ass.: _____ Retornar dia: 1/1 Hora: _____ para

Dr. WesleyData: 22/01/19

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação nesta Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

LEITO: 1722

DATA DE 22/01/2019

INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 3558649

CIDADE DE CAUCAIA

ORIGEM:

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: Fratura de omoplata (escápula) (CONSERVADOR) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA

DECIDIDA

PARA CADA

LESÃO:

STAFF QUE

OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO

Ass: [Assinatura]
Data: 07/02/19

75 dias
Ratoum dia: 1 Hora: 1 seg
Dr. R. [Assinatura]

Dispensa do trabalho por:

R. 120 dias

HG Residência - Projeto Gestão de Serviços e Residência Médica

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 JUL 2019

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: 8000-1596 / Outras regiões: 0800 022 13 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 13 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/diario/FECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CDORIGINAL=29999>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVA. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98

Pelo exposto, eu Munuel Messias da Silva Souza Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.329.303 / 57, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wesley Nascimento dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.654.103 / 70

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Wesley Nascimento dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.654.103 / 70, 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: <u>Rua Barão do Rio Branco</u>	Número: <u>132</u>	Complemento: <u>A2705</u>
Bairro: <u>Jose Bonifácio</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>60025060</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 987740318</u>

Local e Data: Fortaleza/CE 11/04/19

Munuel Messias da Silva Souza Junior
Assinatura do Declarante

ASSINATURA DE SUG. LIDA.
22 JUL. 2019



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 19003469B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.

LIDIA CORRÊTORA DE S&G LTDA.

22 JUL 2019

MDA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19003469B01 e o número de controle 6489798ECB3E5EA12E406C9FDE66E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 22/01/2019 Hora: 16:25 Município: CHOROZINHO/CE
BR: 116 KM: 64,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: E. GEORGE, 1539669

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Rotatória	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 22/01/2019, por volta das 16h25, no km 64 da BR- 116, em Chorozinho-CE, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 03 vítimas lesionadas gravemente. Os veículos envolvidos foram: Cavalotator/Scania/T112 H 4X2/HUC2278 - V1, e o Caminhão/M. Benz/ACCELO 815 CE/POO9447 - V2. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 seguia o fluxo no sentido crescente quando foi surpreendido com o movimento de V2 para cruzar a via. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi V2 ter cruzado a via sem a devida atenção aos veículos transitavam em suas respectivas faixas de rolamento.

UNIDADE DE ATENDIMENTO

22 JUL 2019

Rev.



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Policial Rodoviária Federal, em 22/01/2019, conforme modelo oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539 de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 47-DG, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validar-autenticidade>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C83E55A13E406C9FDE65E6.

191

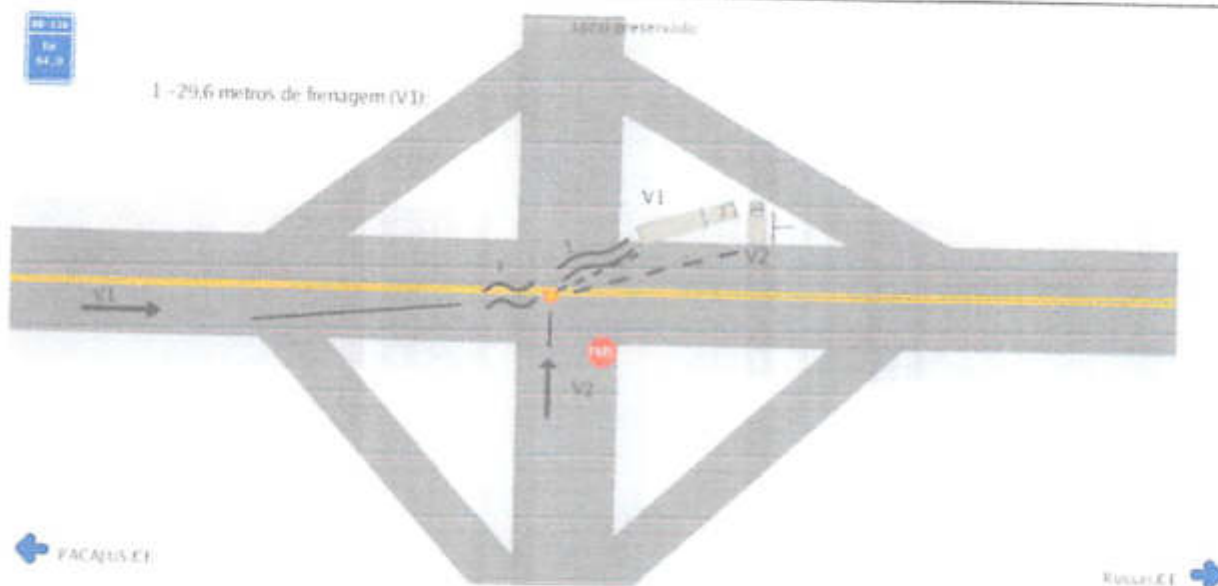


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V2			

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: 18,5 metros de meio-fio danificados.

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

LIDIA CORREIA TORRES DE S. L. LIDA.

22 JUL 2019

Assinatura



Documento assinado eletronicamente por L. GEORGE, matrícula 1524649, Polícia Rodoviária Federal, em 21/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 8.537, de 6 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 67-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site: <http://www.prf.gov.br/infocanal/autenticar>, informando o protocolo: 19003969B01 e o número do controle: 64893988C83E55A13E40C8FDE65E6.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01



V1 - Informações

Renavam: 00263412440
Tipo de veículo: Caminhão-
trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel
 Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

LIBR. CONNELLORA & SIG. LTDA.

22 JUL. 2019



Documento assinado eletronicamente por F. GFGFGF, matrícula 15396669, Poder Judiciário Federal, em 31/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 16 da Medida Provisória N. 2.000-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N. 5.529, de 10 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º do Provimento Normativo Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assessoria/autenticar>, informando o protocolo 190033675801 e o número de controle 518797580AC3E55A1E1404C7FDE4E6E.

☎ 191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / SCANIA/T112 H 4X2

Placa: HUC2278

Nº BOAT: 19003969B01

Nome do Agente: E. GEORGE

Matrícula do Agente: 1539669

Data: 22/01/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

22 JUL 2019

ASSINATURA ELETRÔNICA



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/validar-autenticidade>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C8E55A13E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE

LIDIA CHEMETTORA DE SEG. LTDA.

22 JUL. 2019

ASSINATURA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. GEORGE, matrícula 1529569, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 2 de outubro de 2015 e no inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticidade>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6487785C83E55A13E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1 - Proprietário

Nome: RICARDO MAIA CLEMENTINO
Email:
Endereço: TABULEIRO DO NORTE-CE

CPF/CNPJ: 933.567.573-34
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO LEANDRO FILHO

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO LEANDRO FILHO
CPF: 109.856.893-15
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 13/04/1949
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Ileso

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E
UF: CE
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 15/06/1981
Vencimento da habilitação: 18/12/2021

Nº Registro: 00495017918
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: AV GONCALVES, 160, FATIMA, RUSSAS-CE
Telefone:

Email:

LIMA TRANSPORTES LTDA.

22 JUL. 2019

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEICULO 1 - V1R1 - HXP4094

V1R1 - Informações

Placa: HXP4094 Marca/modelo: SR/FACCHINI SRF LO
Ano fabricação: 2003 Chassi: 94BF148333V001526
Espécie: Carga Categoria: Aluguel
Manobra no momento do acidente:

Renavam: 00805810153
Tipo de veículo: Semireboque
Cor: Prata

V1R1 - Proprietário

Nome: LIMA TRANSPORTES LTDA
Email:
Endereço: RUA TRAJANO DE MORAIS, 00216, FORTALEZA-CE

CPF/CNPJ: 06.890.941/0001-24
Telefone:



Documento assinado eletronicamente por: GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 17/01/2019, conforme Portal oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.180-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 8 de outubro de 2005 e no artigo 1º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assinatura eletrônica>, inserindo o protocolo 19003969B01 e o número de controle 548X7708CB3E56A13E406C9FDE55E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V1R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R1 / SR/FACCHINI SRF LO

Placa: HXP4094

Nº BOAT: 19003969B01

Nome do Agente: E. GEORGE

Matrícula do Agente: 1539669

Data: 22/01/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média

LÍDIA CORRÊA DE MENEZES LTDA.

22 JUL 2019

422



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.537, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/impvobitaisonline>, inserindo o protocolo 19003969B01 e o número de controle 648979BFC3E55A13E4D6C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01



V1R1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

LIDIA CORRÊTORA DE SOUZA LTDA.

22 JUL 2019

RON:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, inscrita 1539559, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.538, de 4 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/innovat/assinadocad>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798BCB3E55A13E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - VEÍCULO 2 - POQ9447 - CAMINHÃO

V2 - Informações

Placa: POQ9447 Marca/modelo: M.BENZ/ACCELO 815 CE Renavam: 01161463175
Ano fabricação: 2018 Chassi: 9BM979028JB088669 Tipo de veículo: Caminhão
Espécie: Carga Categoria: Particular Cor: Azul
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

V2 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
22 JUL. 2019
RDE



Documento assinado eletronicamente por E. G.F. OROF, matrícula 1539669, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2019, conforme modelo oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verificacaodocuments>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897996C83E5A13E406C9FDE65E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / M.BENZ/ACCELO 815 CE

Placa: POQ9447

Nº BOAT: 19003969B01

Nome do Agente: E. GEORGE

Matrícula do Agente: 1539669

Data: 22/01/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual a altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual a altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual a distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Grande

LIDIA CURETORA DE SCA. LIDA

22 JUL 2019

Ass.



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 19 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verificacao/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798EC83E55A13E4C8CFDE65E4.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

LIDEA CONTROLADORA DE SEGURANÇA

22 JUL 2019

Assinatura



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 19.396/9, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Mesida Presidencial nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto nº 8.534, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/huys/bat/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C83E5A11E456C9FDE55E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - Proprietário

Nome: SOLAR MAGAZINE LTDA

Email:

CPF/CNPJ: 23.708.712/0001-65

Telefone:

Endereço: AV EDSON DA MOTA CORREIA, 01000, LOJAS 09 10, CAUCAIA-CE

V2C - CONDUTOR DE V2 - WAGNER NUNES SANTOS

V2C - Informações

Nome: WAGNER NUNES SANTOS

CPF: 621.928.333-34

sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 21/03/1981

Estado civil: Não Informado

Estado físico: Lesões Graves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

Primeira habilitação: 23/09/2009

Nº Registro: 04762833976

UF: CE

Vencimento da habilitação: 20/03/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA LINEU JUCA, 164, VILA UNIAO, FORTALEZA-CE

Telefone: 85986610102

Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

V2P1 - Informações

Nome: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 035.654.103-70

sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 16/04/1988

Estado civil:

Estado físico: Lesões Graves

LIMA CORRÊTORA DE SEC. LTDA.

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: ANTONIO LIMA, 824, COQUEIROS, CAMOCIM-CE

Telefone:

Email:

22 JUL. 2013



Documento assinado eletronicamente por F. GEORGE, matricula 1539656, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme habilitação oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 30 da Medida Provisória nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alteração do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site: <http://www.prf.gov.br/informatica/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6199798C63E56A11E4D6C7FDE5EEA.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - AUGUSTO JERONIMO DE SOUZA

V2P2 - Informações

Nome: AUGUSTO JERONIMO DE SOUZA

CPF: 377.262.003-59

sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 11/09/1963

Estado civil:

Estado físico: Lesões Graves

V2P2 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

22 JUL 2013



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1529669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2014, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº A1-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/hotmail/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 649979B8C83E55A13E406C9FDE65E6.

191

DADOS DO CLIENTE

Nome: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

End. Leitura: RU PDE CICERO ST-05, 131, CASA 09 ALTOS, PARQUE SOLEDADE

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61.603-155

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 129

Setor: 005

Quadra: 0109

Lote: 0093

Comp: 0041

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A18N223196	87	90	3	11

DATAS

Leitura Atual: 25/06/2019

Emissão: 17/07/2019

Lacre Água: 9317317

Leitura Anterior: 25/05/2019

Próxima Leitura: 25/07/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Analisadas	154	154	154	154	154
Em conformidade	153	153	133	142	154

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.

Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência.

Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	28,30	Mês/Ano
MULTA DE 2%	1,13	DEZ/2018
PARCELAMENTO DE DEBITOS	74,06	JAN/2019
JUROS DE 0,033% AO DIA	1,23	FEB/2019
RELIGACAO DE AGUA	12,00	MAR/2019
ACRESCIMPONT,AGUA	0,65	ABR/2019
TARIFA CONTINGENCIA		MAY/2019
JUROS/MULTA TARIFA CONTINGENCIA	0,64	
ATENDIMENTO(S): [136597197]		

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	1,13	Descrição	
COFINS	5,65	VALOR DO SERVIÇO	131,08
		VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	118,26

MÊS/ANO

06/2019

VENCIMENTO

11/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

118,26

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNPar, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagafácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

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 3838.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0056623933

Código de Responsável:

Mês/Ano: 06/2019

Local: 129

Setor: 5

Quadra: 0109

Lote: 0093

Comp: 0041

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CAUCAIA

Vencimento: 11/07/2019

Total (R\$): 118,26

82600000001-6 18260009800-4 05662393300-1 03001031025-5



EMISSÃO: GESSE 17/07/2019 02:30:55

(85) 98740318
(85) 988994932

LIBER. CAIXATELORA DE SEG. LTDA.
22 JUL. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 577838186

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

8264964

02

VENCIMENTO

19/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

315,48

Rota 07 01110 16 037020

Medidor

Poste

Nome FRANCISCO GUTO CARDOSO FEITOSA PESSOA

0000 A09N

Endereço Postal

End. da Unidade

RU BAR DO RIO BRANCO 01782 ALTOS JOSE BONIFACIO

Consumidora

FORTALEZA 60025060

RG / CPF / CNPJ

011.901.773-31

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
513	126	1	387	0	387

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

12/06/2019

Prev. Próxima
Leitura

15/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

18FC.1FF7.5E4D.4AF8.93C9.3540.6038.6EBD

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

298,60

Aliquota

27%

Valor do Imposto

80,62

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO MENSAL DMIC

-13,54

JUROS DO MES

0,35

MULTA MORATORIA

1,92

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

28,15

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

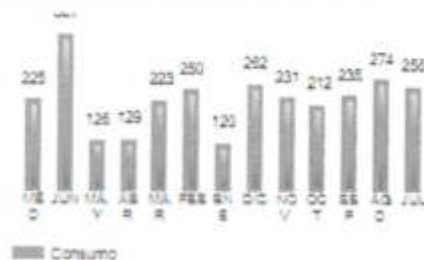
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 30,88

Conjunto MAGUARY

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,59	9,19	18,38	23,86	0,00	0,00
FIC (un)	3,05	6,10	12,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,52			23,86		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

8264964-2

Nº da Nota Fiscal: 577838186

Total a Pagar (R\$): 315,48

Data de Emissão:

24/06/2019

Referência: JUN/2019

Nº de Controle: 0008264964 00026 4330 2 75

83890000003-0 15480031000-0 00082649640-7 00264330252-9

LIBIA GUINETORA DE S&S, LTDA.



2 2 JUL. 2019

DATA 22/04/19 FÉRIAS ☐ TEMPERATURA 37,30 X 80

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE Wesley N. dos Santos. SEXO M DATA DE NASCIMENTO 1/1/1980

RESIDÊNCIA AGENTE DE SAÚDE CHOROZINHO

TIPO DE CONSULTA Exame Veridiquo de 27/05/19

EXAME FÍSICO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

EXAME DENTÁRIO 27/05/19

- Bimestre 17/20
- 1- OCEANOTOMIA 100/100 EV
 - 2- DIRMOMA 21+18/17 EV
 - 3- STIL 500/12/17 EV
 - 4- ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO COM OTORRINOLARINGOLOGIA. OK
 - 5- EV EV
 - 6- TROMBAS TROMBAS DA PELO TRANSPORTE AEREO.

CIOOPAE

22 JUL 2019

Imprimir

Resumo de alta


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

LEITO: 1722

DATA DE 22/ 01/2019

INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA: //

RE/PRONT: 5599649

CIDADE DE CAUCAIA

ORIGEM:

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: Fratura da omoplata [escápula] (CONSERVADOR) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA

DECIDIDA

PARA CADA

LESÃO:

STAFF QUE

OPEROU NA

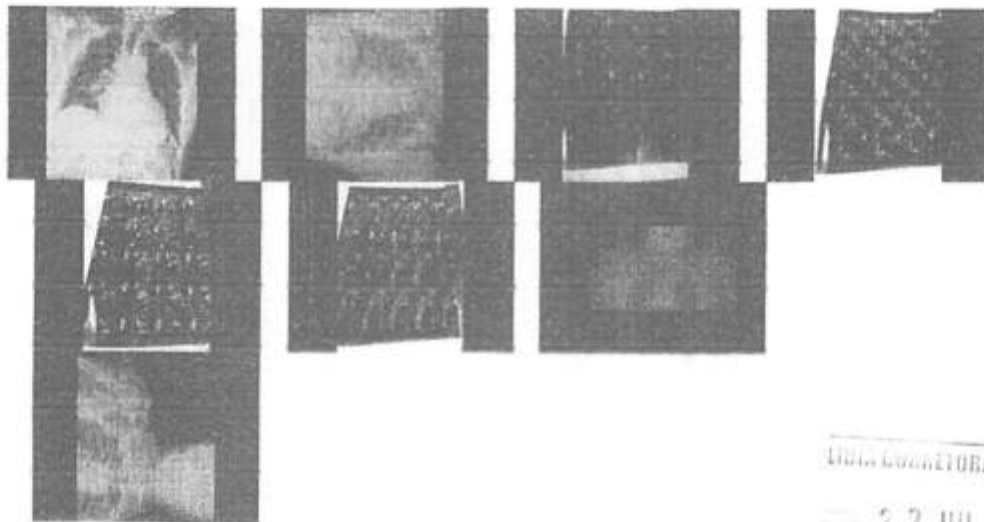
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO



LIDIA CORRÊA DE SÁ LTDA.

22 JUL, 2019

Ass.:

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Ass.: _____ Retornar dia: 1/1 Hora: _____ para

Dr. Wesley

Data: 22/07/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

035.654.103-70

Westley Nascimento dos Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Westley Nascimento dos Santos S

035.654.103-70

Recusou

Rua Pde Cicero ST-05

131

Parque Sole

Caucaia

CE

61603155

(85) 987740318

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: LIBIA CORREIA DE SAUTUA

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ASS

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza/CE 17/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

035.654.103-70

Westley Nascimento dos Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Westley Nascimento dos Santos S

035.654.103-70

Recusou

Rua Pde Cicero ST-05

131

Parque Sole

Caucaia

CE

61603155

(85) 98740318

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

LIBIA CORREIA DE SOUZA

CPF:

22 JUL 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

ASS

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza/CE 17/07/19

Westley Nascimento dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01041-3

CONTA: 000000077151-1

Nr. da Autenticação 97D91FD6C08AE099

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347385/19

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 035.654.103-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR : 606.329.303-57

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

WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS : 035.654.103-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR
CPF: 606.329.303-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Wesley Nascimento dos Santos, Brasileiro (a)
Estado Civil Recusou, Profissão Recusou Inscrito com o Nº de RG:
2006021007411 e CPF: 035.654.103-70 Residente e
domiciliado(a) à rua Pde Cicero ST-05
Nº: 131 Bairro: Parque Sol Cidade: Goiana
Estado: CE CEP: 61603155 Fone: (85)987740318

OUTORGADO: Manoel Messias da Silva Souza Junior
Inscrito com o Nº de RG: 2008010206910
e CPF: 606.329.303-57 Residente e domiciliado na: Rua Barão do
Rio Branco Nº: 1782 Bairro: Soc Bonifácio
Cidade: Fortaleza; Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Wesley Nascimento dos Santos, ocorrido em 22/01/19, de natureza da cobertura Invalidar.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquiraz, (CE), 09 de Abril de 2019

CARTÓRIO
PATACAS

Wesley Nascimento dos Santos
OUTORGANTE

Reconheço ou AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

Distrito de Patacas 09 ABR 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Manoel da verdade
Wantuy Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS
Av. José Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570894 **Cidade:** Chorozinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITAS

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA ASSIMETRIA ESCAPULAR COM BLOQUEIO DE ROTAÇÃO EXTERNA A 45°, FLEXÃO A 100° E ABDUÇÃO A 75°

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/10/2019

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50