



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01334836-1** em **17/07/2020 11:59:38**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0235640-40.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01334836-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/07/2020 11:59:38

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

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

Petição* : 2735111_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2735111_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-15.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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 CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE



NOME
MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORD. EMISSÃO DE
2008010206910 SSP/DF CE

CPF DATA NASCIMENTO
606.329.303-57 28/10/1992

FILIAÇÃO
MANOEL MESSIAS DA
SILVA SOUZA
MARIA ZIZI DOS SANTOS

PERMISÃO ACC CARRA
AB

Nº REGISTRO
05631943823

VALIDADE 1ª EMISSÃO
12/07/2022 31/10/2012

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO;

Manoel Messias da Silva Souza Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/07/2017

[Signature]
ASSINATURA DO TITULAR

28920483812
CE160409578

CEARÁ

VALIDAR EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1494110036

PROIBIDO PLASIFICAR
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** CPF: **035.654.103-70**

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

Bairro: **Parque Solé** Cidade: **Caucaia** Estado: **CE** CEP: **61603155**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **085987740318**

DADOS CADASTRAIS

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: **1041 3** CONTA: **77151 1**

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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 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: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

x Wesley Nascimento dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

HORA DA CHEGADA:
 16:54h

69
 2

FICHA DE ATRIBUIMENTO AO PACIENTE INTERNO / EMERGÊNCIA

DATA: 22/01/19 FICHA: TEMPERATURA: 38,0 X 80

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 NOME: José N. dos Santos SEXO: M IDADE: 30 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/89
 CIDADE: Chorozinho

RESIDÊNCIA: Rua Venâncio de Almeida nº 775
 Bairro: Jardim das Palmeiras
 CEP: 11554-0001

APARENTAMENTO: BEM REGULAR RUIM OBSERVAÇÃO:

EXAME FÍSICO: *paciente vítima de acidente de trânsito com lesões múltiplas e graves.*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: *trauma de cabeça com fratura de bacia e lesões múltiplas.*

RESIDÊNCIA TRANSFERÊNCIA
 ADM. RETORNO RECUSOU INTER.
 LOTO OBSERV. REFERÊNCIA
 INTERNACÃO ÓBITO

Dr. São Martins Jarell
 MÉDICO - CREMEC 11570
 Deus & Fiel
 ASS. MÉDICO CRM

X ASS. PACIENTE OU RESP.

- Bimestre 1/20
- 1- OCEANOLOGIA 500ml - 100ml / 20
 - 2- DIETINOMA 21 + 18 / 17EV
 - 3- STU 500ml / 17EV
 - 4- ENCAMINHO PARA AVAILIAGAS COM ORTOMANUALESTAS. SR
 - 5- 55V
 - 6- TENDONAS TRAZIDAS DA PELO TRANSPORTE AEREO.

COOPAE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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?
 Sim Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Seqüela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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

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: INTERRUÇÃO 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





0820495/19



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.



0820495/19

POLÍCIA RODOMIÁRIA FEDERAL



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por F. GEORGE, matrícula 152966, 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 8.539, de 8 de outubro de 2011 e no inciso II do art. 3º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2011. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/verificar>, informando o protocolo 19003969801 e o número de controle: 64891986C8E16A13E46C9F0E5EE6.

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 CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL 2019

Assinatura eletrônica



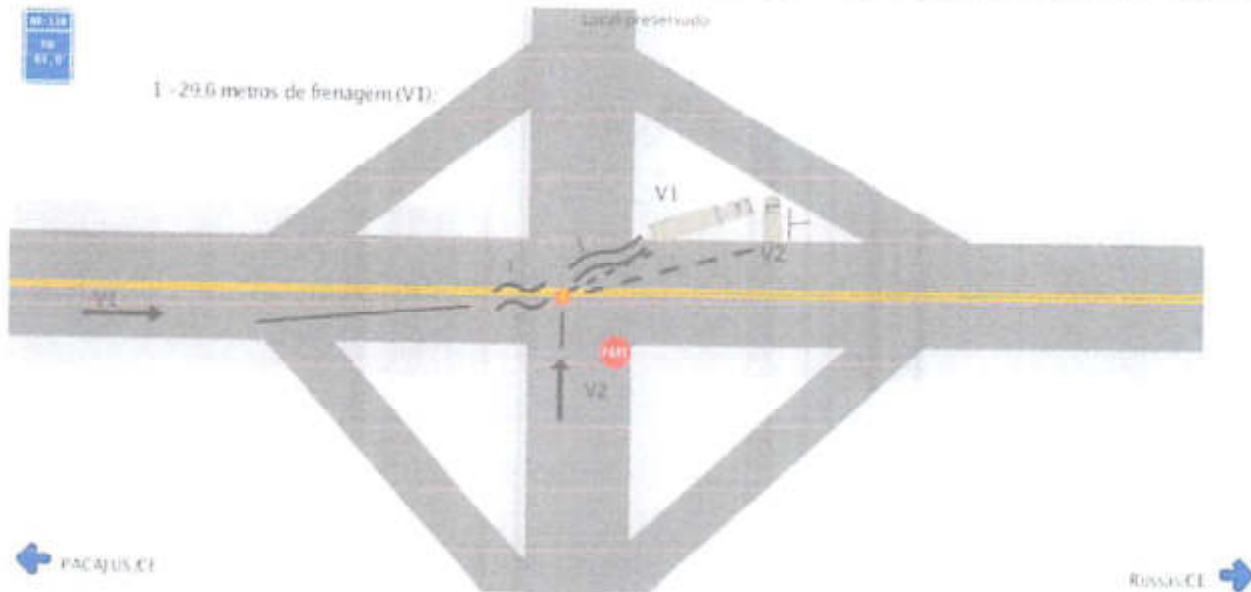
Assinatura eletrônica

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 2004, 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/nuovosistemas/ver-autenticidade>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6469798BC83E55A13E406C9FDE65E6.

191



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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 JUL. 2019

Assinatura eletrônica



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula: 1529664, Polícia Rodoviária Federal, em 07/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.240-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.519, de 4 de outubro de 2015 e no inciso II 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/validacao/validar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número do código 64897988CB3E55A73E406C7FDE65E6.

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	Renavam: 00263412440
Ano fabricação: 1983	Chassi: 9BSTH4X2Z03214285	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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. QFD/PRF, matrícula-1529669, Polícia Rodoviária Federal, em 27/07/2019, 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 67-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inovocapital/autenticar>, informando o protocolo 19001969B01 e o número de controle 61897989C83E55A15E406C9FDE65E6.

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

Matricula 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 chassis.	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. 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 DE, de 13 de novembro de 2011.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/buscaDadosAutenticar>, inserindo o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798BC83E55A13E4D6C9FDE65E6.

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. 4º do Decreto nº 6.939, de 8 de outubro de 2015 e no 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/assine/e/verificat>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C8E55A13E406C9FCE35E4.

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 legislação oficial de Brasília, com habilitamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.180-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no 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/movobolimpulsoce/ce>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C83E55A13E406C9FDE6EE6.

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

Matricula 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 21/01/2019, 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 artigo 6 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/movizib/validador>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798C8JESSA73E106C9FDE65E6.

191



V1R1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, Inscrição 1939669, 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 6.519, de 8 de outubro de 2015 e no inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 63-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/hoje/validar>, informando o protocolo 19003969001 e o número de controle 6489799c83e55a13e406c9fde65e6.

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, matrcula 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 61-DG, de 13 de novembro de 2011.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/nuovo/assinaturas>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798C83E5A19E406C9FDE65E6.

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		
			Sím	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 chassis.	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 cópia 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 Decreta 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/movbr/autenticar>, 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

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. G. DRGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/01/2019, conforme legislação 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 8.538, de 8 de outubro de 2015 e no 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/validar/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 549979B8C63E55A13E406C9FDE65E6.

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
CPF: 621.928.333-34
Data de Nascimento: 21/03/1981
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
UF: CE
Observações CNH: 15
Primeira habilitação: 23/09/2009
Vencimento da habilitação: 20/03/2020
Nº Registro: 04762833976
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Conductor 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
Data de Nascimento: 16/04/1988
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. 1º 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 2005 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/inovacao/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798BC8E35A131406C9FDE65E6.

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 1529659, Policial Rodoviário 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 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/novobatalha/autenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C83E5A13E406C9F0E65E6.

191

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA-COMPREHENSIVO ESTADUAL DO CEARÁ
COORDENADORIA DE 20ª REGIÃO POLICIAL - FORTALEZA



Polegar Direito



Wesley Nascimento dos Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL: 2006021007411 DATA DE SUPLENÇÃO: 25/07/2012

NOME: WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS
FILIAÇÃO: FRANCISCO JOSÉ DOS SANTOS
LÚCIA VERIDIANO DO NASCIMENTO

NATALIDADE: CHAVAL - CE DATA DE NASCIMENTO: 16/04/1988

DCC-ORIGEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 9567 FOLHA: 202V
LIVRO: A09 CHAVAL - CE
CP: 035.654.103-70

Wesley Nascimento dos Santos
SECRETARIA DO WRITTORE
LE Nº 7.110 DE 2008/83

P.: 79

VIA

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



NOME
MANGEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR



DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO DE
2008010209910 SSPDG CE

CITY
606.329.303-57 DATA NASCIMENTO
28/10/1992

FILIAÇÃO
MANGEL MESSIAS DA
SILVA SOUZA
MARIA XIET- DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CATEG
AB

Nº REGISTRO
05631943823

VALIDADE
12/07/2022

1ª HABILITAÇÃO
31/10/2012

SEM OBSERVAÇÃO:

Mangel Messias da Silva Souza Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/07/2017

[Signature]
VOTAR NAS ELEIÇÕES

28920483812
CE160409578

ASSINATURA DO TITULAR

CEARÁ

VALIDAR EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1494110036

PROIBIDO PLASTIFICAR
1494110036

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: 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 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 SAÚDE

HORA DA CHEGADA: 16:54h

69

FICHA DE ATEI / DIMENTO AO PACIENTE EXTERNO / EMERGÊNCIA

DATA: 22/07/19 FIC: 730 X 80
TEMPERATURA: _____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME: Osley N. dos Santos SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: _____
ENDEREÇO: _____ AGENTE DE SAÚDE: Chorozinho

PLAQUE: 135 DATA DE ATRIBUIÇÃO: 27/03/19
ENDEREÇO: Av. ...

APARELHAMENTO: REGULAR CASUAL OBSERVAÇÃO: _____
EXAME FÍSICO:
HISTÓRICO CLÍNICO:

RESERVENÇA	<input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>
AMB. RETORNO	<input type="checkbox"/>	RECUSOU INTER.	<input type="checkbox"/>
LEITO OBSERV.	<input type="checkbox"/>	REFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>
INTERVENÇÃO	<input type="checkbox"/>	ÓBITO	<input type="checkbox"/>

DESTINO: COM. ...
OBSERVAÇÕES:

Dr. José Martins Jorelle
MÉDICO - CRM 11670
DOUTOR EM FISIOL.

ASS. MÉDICO CRM

ASS. PACIENTE OU RESP.

X

01 JUL 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Biménius 17/20
1- C... 1001
2- DIMINUA 21 + 18/19
3- STUL 500121/17-25

4- TENDIMENTO PARA AVA-
LIAR COM O TENDI-
MENTO, OK
5- 55 ✓

6- TEMOÇAS TRABALTA-
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
INTERNACAO: 22/ 01/2019

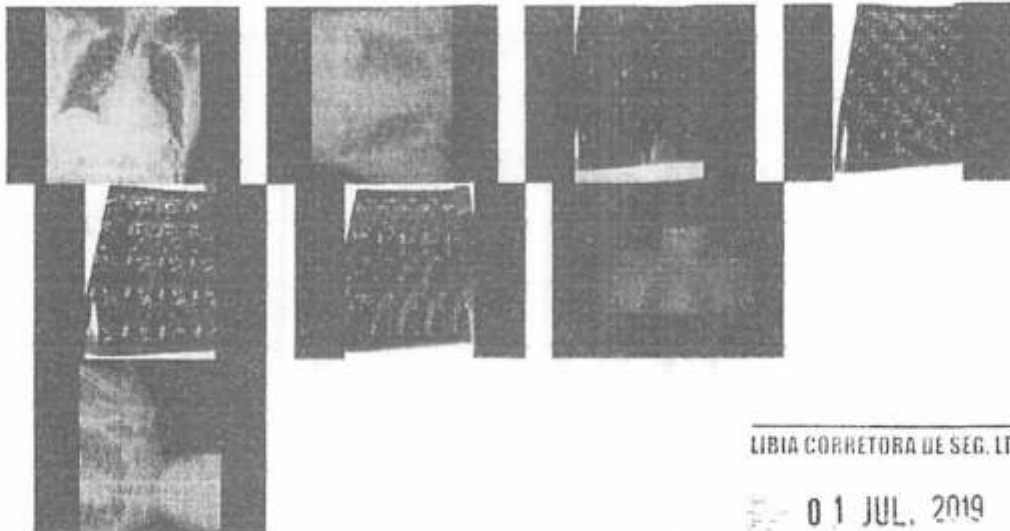
DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5599549

CIDADE DE
ORIGEM: CAUCAIA

IDADE: 30

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

CONDUTA
DECIDIDA
PARA CADA
LESAO:STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO
LEITO: STAFF
INDEFINIDO
RESIDENTE
DO LEITO: RESIDENTE
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 INTERNACAO: 22/01/2019

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5699649

CIDADE DE ORIGEM: CAUCAIA

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: _____ paraDr. RonaldoData: 17/02/19

Dispensa do trabalho por:

R. 120 dias

HG Residência - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

LIBIA CORRETORA DE SER. LÍQU.

01 JUL 2019

Ass: _____



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

WEEKLEY NETO DOS SANTOS

Receituário

O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA E ESCÁPULA DIREITAS SUBMETIDAS A TRATAMENTO LIDO CIVILIZADO. EXAMINADO COM RESPOSTA BOA FUNDAMENTE, PORÉM, BEM COMO EVIDÊNCIAS DE CONSCIENTIZAÇÃO ΔTT.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE ABELARDO

Dr. Leandro Bago
07 MAIO 2019

MEMEC 12124

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 JUL 2019



01 Jul. 2019

LIDER CURRETORA DE S.A. LTDA

Assinatura do Declarante: Manoel Messias de Silva Souza Junior

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

E-mail: Jose Donfacio		Tel.(DDD): (85) 983340318
Bairro: Rua Barbosa do Rio Branco	Cidade: Fortaleza	CEP: 60025060
Endereço: Rua Barbosa do Rio Branco	Estado: CE	Complemento: 8725
Número: 1382		

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência do endereço informado, Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará no sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Recurso Informar

Declaro Profissional: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Inscrito (a) no CPF sob o nº 035.654.103, 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da vítima Wesley Messias dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o nº 035.654.103, 70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wesley Messias dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 606 329 303, 57, Pelo expositor, cu Manoel Messias da Silva Souza Junior

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/portal/REC/MTE/DOC/INSTRUMENTOS/INSTRUMENTOS>

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 falta 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.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO REGULADOR E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, SERVIÇOS PARVADA, AGÊNCIA, CAPACITAZÃO E RESEGURO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CDAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9 613/98

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capital e registros metropolitanos: 4020-1596 / Outros registros: 0800 022 12 04
 SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para diferentes auditivos e de tátil): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

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

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





Nº de Inscrição:

056623033

DADOS DO CLIENTE

Nome: MESLEY MARCINHO DOS SANTOS
Endereço: RU PDE CICERO ST-05, 131, CASA CR ALTOS, PARQUE SOLA
Cidade: CRUZEIRO CP: 01603-190
Endereço:
Cidade:
Lote: 129 Sitio: 005 Quadra: 0109 Lote: 0003 Comp: 0011
Subsídio: 00

(8) 987740318
(8) 30356947

ECONOMIA

Razão: 001 | Comércio: 000 | Indústria: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Table with columns: Serviço, Medidor, Leitura Anterior, Leitura Atual, Volume(m³), Média Semestral(m³)
Row: RQUA, R108/223190, 24, 48, 24, 1

ONAS

Leitura Atual: 20/01/2019, Leitura Anterior: 27/12/2018, Próxima Leitura: 26/01/2019, Último Leito: 25/02/2018, Lote Água: 700, Lote Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Table with columns: Nº de Amostras, Cloro, Turbidez, Cor, Coliformes Totais, Escherichia Coli
Rows: Edigêis, Análises, Em conformidade

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

Table with columns: Descrição dos Serviços, Valor (R\$), Histórico de Volume (M³/Ano, Água(m³), Esgoto(m³))
Row: RQUA, 106,55, 182/18, 8, 0
Row: TFRIFR DE UTILIZABILIDADE, 98,55

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Table with columns: Descrição, Valor (R\$), Descrição, Valor (R\$)
Rows: PIS, 1,86; COFINS, 9,80; VALOR DO SERVIÇO, 205,10; VALOR DO SUBSÍDIO, 0,00; VALOR TOTAL A PAGAR, 205,10

Table with columns: MÊS/ANO, VENCIMENTO, TOTAL A PAGAR (R\$)
Row: 01/2019, 13/02/2019, 205,10

ONDE PAGAR SUA FUTURA
Banco: Agência BNI, Rua BPS Rocio do Brasil, 1475
Cidade: Jardim, Vila Kennedy, Freguesia: D. Inês de Castro
A Cagece é responsável por serviços relativos em nome do
sua fatura. Não é possível cancelar sua conta.
L. 3285 H: 07:05:17 R: 103 P: 001
Cagece logo and contact info: 0800 275 0195

Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fretadas: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 266.1919.
Entidade: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou no Call Center da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal
Via de entrega
atencional

DADOS DO CLIENTE: 356413083003856 - 3285
Medidor: 056623033 Código de Responsável:
Mês/Ano: 01, 2019
Lote: 129 Sitio: 005 Quadra: 0109 Lote: 0003 Comp: 0011
Subsídio: 00
Cidade: CRUZEIRO Vencimento: 13/02/2019 Total (R\$): 205,10

Barcode and identification numbers: 8268000002 6 05100009800 1 05662383300 1 03000222015 7

LIBIA CORRETORA DE SEG. LI...
01 JUL, 2019





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 070372510001-70 | CEF 00 105 448 3

A Tarifa Básica do Energia Elétrica
 Arrecada pela Lei nº 10.428 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

DADOS DO CLIENTE

Rota 07 01110 16 037020 Medidor Poste
 Nome FRANCISCO GUTO CARDOSO FEITOSA PESSOA 0000 A09N
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU BAR DO RIO BRANCO 01782 ALTOS JOSE BONIFACIO FORTALEZA

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 13/03/2019
 Apresentação Prox. Próxima 10/04/2019
 Leitura

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

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,81
MULTA MORATORIA	3,67
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	10,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

Conjunto MAGUARY

Mes JAN/ 2019

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

HISTÓRICO 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



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 CPF: 035654.103-70

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

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

E-mail: _____ Tel.(DDD): (85) 987140318

Declara, 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: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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: _____

x Wesley Nascimento dos Santos

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETOURA DE SEG. LTDA

01 JUL, 2019

Assinatura _____

(*) 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.**

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 CPF: 035654.103-70
 Profissão: Revisor Endereço: Rua Pde Caco 5T-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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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: _____

Assinatura
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

2ª | Nome: _____
 CPF: _____ 01 JUL 2019

Assinatura _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO
Wesley Nascimento dos Santos
 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 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 SEG. LTDA.

01 JUL. 2019

ANB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247291/19

Vítima: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 035.654.103-70

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: WESKLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

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 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: 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 Pataças 09 ABR 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Wantuyl da verdade

Wantuyl Farrelra da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATAÇAS
Av. Jesuê Leite de Freitas, 5/N
Pataças - Aquiraz
(85) 3113-1331



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO
SECRETARIA DE SEGURANÇA DO TRÁFEGO

22 JUL 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 M. NISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014058597263
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 1161463175 0000000000 2018

SOLAR MAGASINE LTDA

CAUCAIA/CE

23708712000165 POQ9447

*****/CE 98M979028JB088669

CAR/CAMINHÃO/FRCH/O. EST* DIESEL
 M. BENZ/ACCELO 815 CE 2019 2018
 4 75T/156CV/2EX PARTIC AZUL

1 ***** ** **/****
 2 *****
 3 *****

43 33 0 18 47 66 00/00/0000

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

CAUCAIA 22/08/2018

CE Nº 014058597263 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

23708712000165 POQ9447

ANTE E O SEM SEHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA SENDO INFORMADOES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES DEBEM DE COBERTURA

www.seguradoraibrahil.com.br
 SAC DPVAT 0800 020 1294

014058597263 49251812149

2018 22/08/2018

01 23708712000165 POQ9447

1161463175 M. BENZ/ACCELO 815 CE
 2018 10 98M979028JB088669

PRÊMIO TARIFÁRIO

35 50 2 17 21 66

4 15 0 18 47 66

00/00/0000

SEGURO DESEMPACANDO DPVAT
 LOTE/DOC: 20739374 LICRE:
 MOTOR: 924991U1228909

19AS-2018

UNIA UNIBANCO AT SAC. L104

22 JUL 2018

098

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAES
O PARLAMENTO NACIONAL E O CONSELHO
NACIONAL DE EMPLACAMENTO

CE

NOME
MANOEL MESSIAS DA SILVA SOUZA JUNIOR



DOC. IDENTIFICAD. / OUT. EMISSÃO DE
2008010206910 SSPDS CE

CPF 606.329.303-57 DATA NASCIMENTO 28/10/1992

FUNÇÃO
MANOEL MESSIAS DA
SILVA SOUZA
MARIA XINI DOS SANTOS

FIRMAÇÃO ACC CATEG
AB

Nº Registro 05631943823

VIGÊNCIA 12/07/2022 31/10/2012

SEM OBSERVAÇÃO:

Manoel Messias da Silva Souza Junior

LOCAL PORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO 21/07/2017

Manoel Messias da Silva Souza Junior

28920483812
CE160409578

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1494110036

PROIBIDO PLANTILHAS
1494110036

AGIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 JUL. 2019

NOS: _____

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA/DEFESA DO CARA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO MILITAR E PESSOAL MILITAR



Polegar Direito



Wesley Nascimento dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALÇA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
MILITAR 2006021007411

DATA DE
EMISSÃO 25/07/2012

NOME
WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSE DOS SANTOS

LÚCIA VERDIANO DO NASCIMENTO

NACIONALIDADE
CHAVAL - CE

DATA DE NASCIMENTO
16/04/1988

DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO-9547 FOLHA: 202V

LIVRO: A09 CHAVAL - CE

CPF: 035.654.103-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 1983

P.: 79

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 JUL. 2019

MSP.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHOROZINHO - CE
SECRETARIA DA SAÚDE DE CHOROZINHO

CHOROZINHO DX 109

HORA DA CHEGADA
16:54h

69
2

FICHA DE ATRIBUIMENTO AO PACIENTE EXTERNO / EMERGÊNCIA

DATA 22/07/19 FISSO TELEFONE 730 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

TÍTULO DE RESIDÊNCIA RUA VERIDIANO DE ALMEIDA 2773/31M
CIDADE DE ORIGEM MARIANOPOLIS - SP

PRE-CONSULTA

APRESENTAÇÃO DEB REGULAR OBSERVAÇÃO

EXAME FÍSICO ~~EXAME FÍSICO~~

HEQUETE D'ANAMNESE ~~HEQUETE D'ANAMNESE~~

COMPLICAÇÕES ~~COMPLICAÇÕES~~

COMPLICAÇÕES ~~COMPLICAÇÕES~~

DESTINO
RESIDÊNCIA TRANSFERÊNCIA
AMB. RETORNO RECUBO INTER.
LEITO OBSERV. REFERÊNCIA
OBSERVAÇÃO ONTO

ASS. PACIENTE OU RESP.

Dr. Sara Martins Jarelle
MÉDICO - CREMEC 11670
Deus É Fiel
ASS. MÉDICO C.R.U.

Bimestre 17/20

- 1- OCEANOTENOLOL 50mg - 100ml EV
- 2- DILTINONA 21 + 18 + 12 EV
- 3- STIL 500ml EV
- 4- ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO COM OTORRINOLARINGOLOGIA, SR
- 5- EV ✓
- 6- TROMBOCITÓCITOS DA PELO TRANSPORTE AEREO.

COOPAE

SECRETARIA DE SAÚDE

22 JUL 2019

Imprimir

Resumo de alta


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

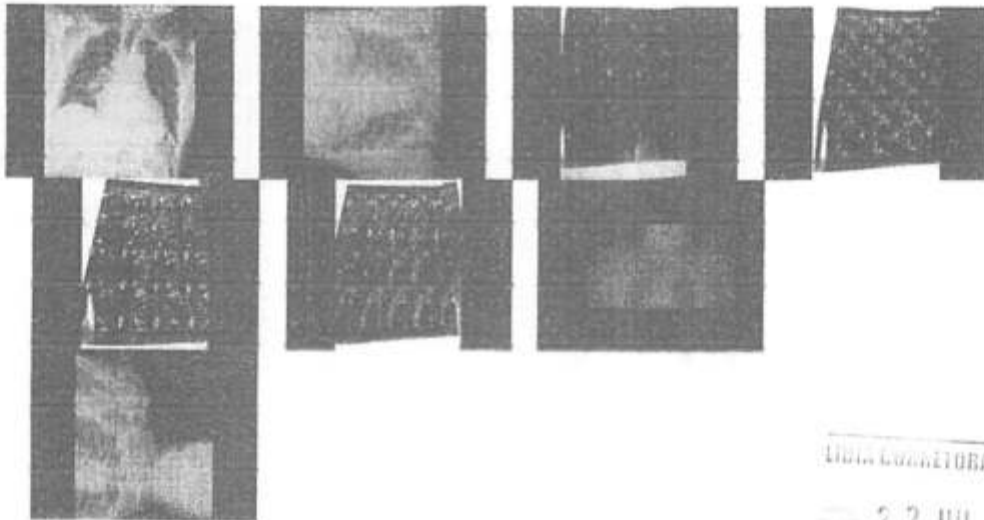
NOME: WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS
 LEITO: 1722
 DATA DE INTERNAÇÃO: 22/01/2019
 DATA DA ALTA: //
 RE/PRONT: 5599649
 CIDADE DE ORIGEM: CAUCAIA
 IDADE: 30

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

CONDUITA
 DECIDIDA
 PARA CADA
 LESAO:

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



LIDIA CORRÊTORA DE S.G. 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: 27/02/19

Imprimir



Atestado Médico

Ateste 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 INTERNACAO: 22/01/2019
 DATA DA ALTA: //
 BE/PRONT: 8588649
 CIDADE DE ORIGEM: CAUCAIA
 IDADE: 30

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

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
 STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass: [Assinatura] Retorno dia: 75 dias Hora: _____
 Dr. [Assinatura]
 Data: 07/02/19 Dispensa do trabalho por: R. 120 dias

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 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: 0020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 13 06 | Central Ouidora: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=2&CDORIG=20980>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9 633/98

Pelo exposto, eu Manoel 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:
 Retiro 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>1382</u>	Complemento: <u>A77as</u>
Bairro: <u>Jose Domingos</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60025060</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>(81) 987740318</u>	

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

Manoel Messias da Silva Souza Junior
Assinatura do Declarante

ASSINATURA DE SUG. ÚTIL
22 JUL. 2019



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO Nº 19003969B01



Para 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.

LEDA CORRÊTORA DE SEG. LTDA.

22 JUL 2019

MDE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 31/07/2019, 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/novobatautenticar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798C83E5EA12E406C9FDE65E6.

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.

LÍDIA GUERREIRO DE OLIVEIRA

22 JUL 2019

Gen. _____



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. 4º 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 47-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida na sítio <http://www.prf.gov.br/boletim/acidentes> informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C8E55A13E406C9F0E65E6.

191

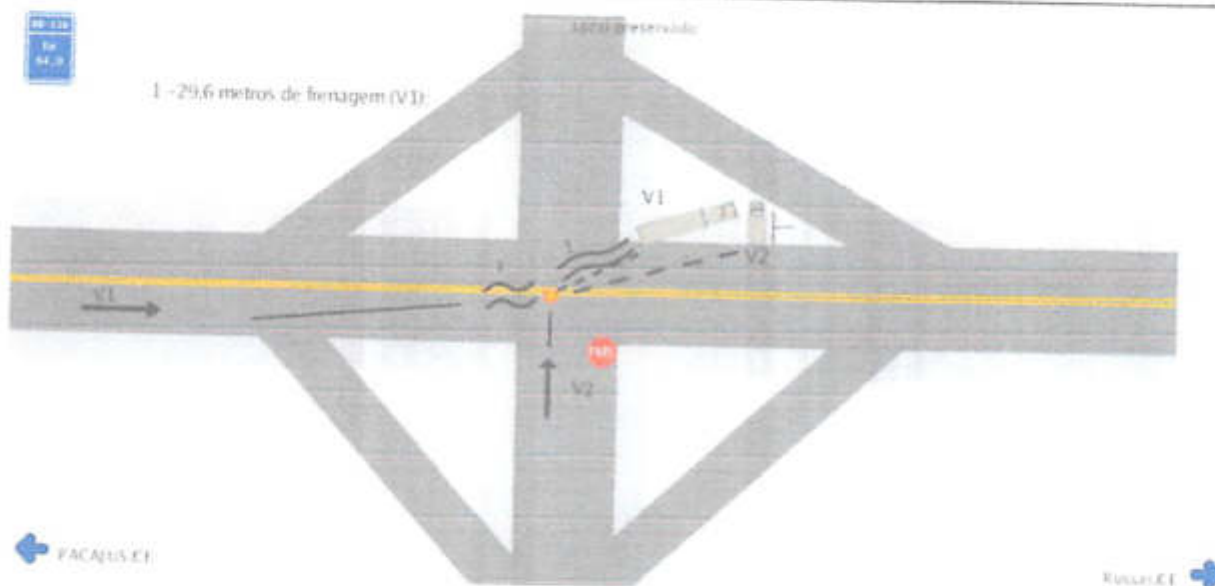


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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 DE S. L. LIDA.

22 JUL 2019

Ass.



Documento assinado eletronicamente por S. GEORGI, matrícula 152669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/07/2019, 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 6 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Portaria Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/procad/inf/inf01.htm>, informando o protocolo: 19003969B01 e o número do controle: 64893988C83E55A13E40C3FDE65E6.

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

Cor: Laranja

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

LEGIA DIRETORIA DE SEG. LTDA.

22 JUL 2019

VER



Documento assinado eletronicamente por F. SFRAGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 27/07/2019, 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 5.537, de 8 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/nuoveletronica>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle: 518979BRC83E55A13E406C7FDE65E6.

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

22 JUL 2019



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, Matrícula: 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 27/01/2019, 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 da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no 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-autenticar>, inserindo o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C81E55A13E406C9FDE65E6.

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

LÍDIA CHERETORA DE SEG. LTDA.

22 JUL, 2019

MNR:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por F. 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 inciso V 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/portal/inf/eletronica>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897785C83E55A1E406C9FDE65E6.

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, Policial Rodoviária Federal, em 17/01/2019, conforme Registro Oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.170-2, de 24 de agosto de 2011, no art. 6º do Decreto nº 6539, de 8 de outubro de 2015 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/assinaturas eletronicas>, inserindo o protocolo 19003969B01 e o número de controle 5489798CB3E56A13E40C9FDE55E.

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 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: Média

LISIA CORRIGIONI DE MEG. LTDA.

22 JUL 2019

422



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/01/2019, conforme endereço oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.208-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.537, de 8 de outubro de 2015 e no inciso II 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/movobatalhaonline.br>, inserindo o protocolo 19003969B01 e o número de controle 648979B0C83E55A13E406C9F0E66E6.

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

LIBIA CORRETORA DE SEU LTDA.

22 JUL. 2019

RON:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, inscrito 1519558, 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 8.538 de 4 de outubro de 2015 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 conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoportal/acordat>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798BC83E55A13E406C9FDE65E6

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



LIDIA CORREIURA DE SOUZA LIDA
22 JUL 2019
RDE: _____



Documento assinado eletronicamente por F. G. D. R. G. F., matrícula 1539669, Polícia Rodoviária Federal, em 21/07/2019, 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 4 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/validarautenticidade>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897996C83E55A13E4069FDE65E6.

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

LIBIA CARRETOIRA DE SCA. LIBIA

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. 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/verifica/validar/ufc>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 64897988C8E55A13E4C3CFDE65E6.

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

LIBERADO PARA LIBERAR O VEICULO

22 JUL 2019

Ass



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 15.19669, 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 8.539, 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/huys/bat/validador>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 6489798BC83E5A11E456C9FDE5E6.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19003969B01

V2 - Proprietário

Nome: SOLAR MAGAZINE LTDA

Email:

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

CPF/CNPJ: 23.708.712/0001-65

Telefone:

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

UF: CE

Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 23/09/2009

Vencimento da habilitação: 20/03/2020

Nº Registro: 04762833976

Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilometro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: 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 CONSTRUTORA DE SEC. LTDA.

22 JUL. 2013

Ass:



Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matricula 1539059, Polícia Rodoviária Federal, em 21/07/2019, conforme hasteira 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. 4º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no inciso II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/assinatura/verificar>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 61897980C8E56A11E40C7FDE58EA.

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:

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

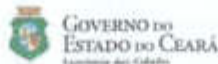
22 JUL 2013



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por E. GEORGE, matrícula 1529669, Policial Rodoviária Federal, em 31/01/2013, 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 5.639, de 8 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 2010.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/informatica/acm/verifica>, informando o protocolo 19003969B01 e o número de controle 649979B8C8E55A13E104C9FDE65E6.

191



2º Via

Nº de inscrição:

0056623933

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: 0003

Comp: 0041

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	MEDIA 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	130	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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30			
MULTA DE 2%	1,71	DEZ/2018	0	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	4,4	JAN/2019	25	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1,71	FEV/2019	16	0
RELIACAO DE AGUA	1,71	MAR/2019	13	0
ACRESC.IMPONT.AGUA	1,71	ABR/2019	5	0
TARIFA CONTINGENCIA		MAI/2019	4	0
JUROS/MULTA TARIFA CONTINGENCIA	1,71			
ATENDIMENTO(S): [136597197]				

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	1,13	VALOR DO SERVIÇO	131,09
COFINS	5,65	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	118,26

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

06/2019

11/07/2019

118,26

ONDE PAGAR SUA FATURA

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



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas 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.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0056623933

Codigo de Responsável:

Mês/Ano: 06/2019

Local: 129

Setor: 5

Quadra: 0109

Lote: 0003

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 02:30:56

(85)987740318
(85)988994932

LIBRIS GABRIELORA DE S.G. 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 Div. **2**

VENCIMENTO
19/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
315,48

Rota 07 01110 16 037020 Medidor 0000 A09N
Nome FRANCISCO GUTO CARDOSO FEITOSA PESSOA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU BAR DO RIO BRANCO 01782 ALTOS JOSE BONIFACIO 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 513 Leitura Anterior 126 Constante 1 Consumo (kWh) 387 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 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.4AF8.93C9.3540.603B.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

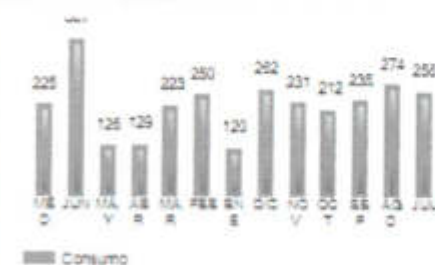
Veja a legenda no verso desta conta. CM; 30,88

Conjunto MAGUARY

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
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 (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

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&A S. LTDA.

2 2 JUL. 2019

pes:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHOROZINHO - CE
SECRETARIA DA SAÚDE DE CHOROZINHO

FICHA DE ATRIBUIMENTO AO PACIENTE EXTERNO / EMERGÊNCIA

DATA: 22/07/19 | FÉREO: | TELEFONE: 730 X 80

HORA DA CHEGADA: 16:54h

69/2

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

PROFISSIONAL: [Handwritten signature] | ENDEREÇO: [Handwritten address] | CID: [Handwritten]

APRESENTAÇÃO: [Handwritten] | REGULAR: | OBSERVAÇÃO: [Handwritten]

EXAME FÍSICO: [Handwritten notes]

HEQUETE DIAGNÓSTICO: [Handwritten notes]

COMPLAINTS: [Handwritten notes]

DESTINO: RESIDÊNCIA TRANSFERÊNCIA
AMB. RETORNO RECUBO INTER.
LEITO OBSERV. REFERÊNCIA
OPERAÇÃO OUTRO

Dr. Sara Martins Jarelle
MÉDICO - CREMEC 11670
Deus É Fiel
ASS. MÉDICO C.R.U.

X ASS. PACIENTE OU RESP.

- Bimestre 1/20
- 1- OCEANOTENOLOL 50mg - 100ml EV
 - 2- DILTINONA 21 + 18 + 12 EV
 - 3- STIL 500ml EV
 - 4- ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO COM OTORRINOLARINGOLOGIA, SR
 - 5- EV ✓
 - 6- TROMBOCITÓCITOS DA PELO TRANSPORTE AEREO.
- CIOPPAER

SECRETARIA DE SAÚDE
22 JUL 2013

Imprimir

Resumo de alta

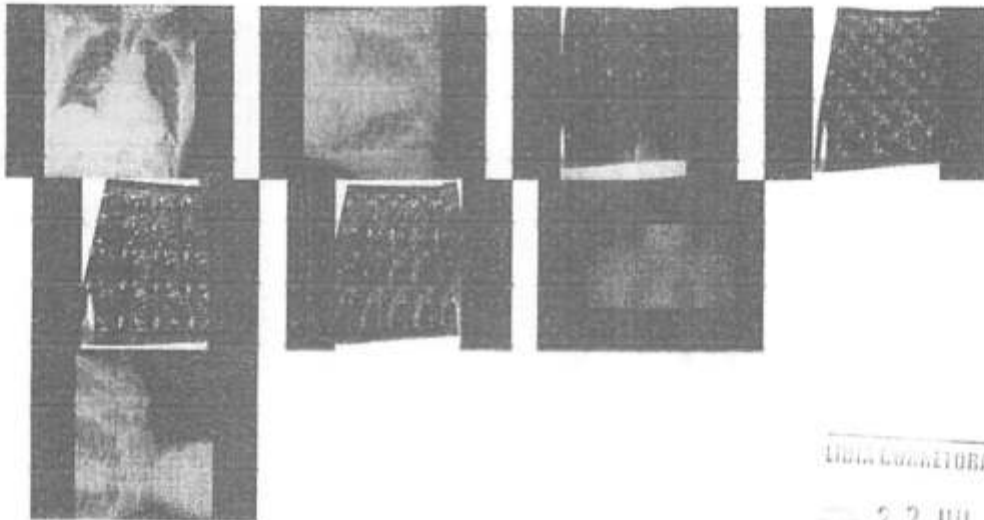

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS
 LEITO: 1722
 DATA DE INTERNAÇÃO: 22/ 01/2019
 DATA DA ALTA: //
 RE/PRONT: 5599649
 CIDADE DE ORIGEM: CAUCAIA
 IDADE: 30

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

CONDUITA
 DECIDIDA
 PARA CADA
 LESAO:
 STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



LIDIA CORRÊTORA DE S.G. 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: 27/02/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 035.654.103-70 4 - Nome completo da vítima: 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: Westley Nascimento dos Santos S 6 - CPF: 035.654.103-70
 7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Pde Cicero ST-05 9 - Número: 131 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Parque Solé 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61603155
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (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: 1041 0 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.

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 o rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1ª | Nome: LIBIA CORREIOLA DE SAUTUA
 CPF: _____
 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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 035.654.103-70 4 - Nome completo da vítima: 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: Westley Nascimento dos Santos S 6 - CPF: 035.654.103-70
 7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Pde Cicero ST-05 9 - Número: 131 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Parque Solé 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61603155
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (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: 1041 0 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.

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 o rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1ª | Nome: LIBIA CORREIOLA DE SAUTUA
 CPF: _____
 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) _____

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 Revisor, Profissão Revisor 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: Coqueira
Estado: CE CEP: 61603155 Fone: (85)987740318

OUTORGADO: Mamoxl 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: Jose 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. Cujó 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 a AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
WESLEY NASCIMENTO DOS SANTOS.

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

Wantuy Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué 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