
Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190382908

Vítima: JOSE EGNALDO DE MELO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EGNALDO DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190382908 Vítima: JOSE EGNALDO DE MELO

Data do Acidente: 21/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF do segurado:

CPF de nome:

448.649.903-44

Nome completo da vítima:

JOSE AGUIARO DE MELO

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

Nome completo da vítima:

JOSE AGUIARO DE MELO

MOTORISTA

Endereço:

SÍTIO OESTE-MARCO

CADARETAMA

Cidade:

CADARETAMA

Estado:

PARANÁ

CEP:

63.960-000

Tel./DDD:

(86) 39735-2404

DADOS CADASTRAIS

Declara, sob os fatos e fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

SE PRECISAR:

☒ ATUALIZ. INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POR TRANSFERÊNCIA PARA OS BANCOS EXISTENTES (Banco e Agência)

Banco (Código)

☐ Itaú (340)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do Banco:

Paraná - 037

AGÊNCIA:

☐ CONTAT

(Informar o código da agência)

AGÊNCIA: 0703

☐ 0

(Informar o código da agência)

CONTA: 0012335

☐ 6

(Informar o código da agência)

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de trabalhar e de exercer a função profissional habitual, por motivo de invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há mais cura esperada e o acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Que aguardo o resultado do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

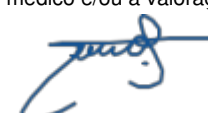
Número do Sinistro: 3190382908
Nome do(a) Examinado(a): Jose Egnaldo de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): St Desterro, S/N Cs
Jaguaretama Jaguaretama CE CEP: 63480-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 314437996
Data local do acidente: [21/01/2019]
Data local do exame: [08/07/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA-LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. EXAME DE US EVIDENCIA ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS EM CLAVÍCULA E ACRÔMIO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA
Complicações: SEM
Data da Alta: 29/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO MODERADA DE ABDUÇÃO, DE FLEXÃO E DE ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ASSOCIADO A HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

Impresso nº 2019164057

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 107 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/03/2019 14:20:33**Data / Hora da Ocorrência: **21/01/2019 10:00:00**Endereço da Ocorrência: **SÍTIO DESTERRO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **JAGUARETAMA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)Nome: **JOSE EGNALDO DE MELO**Nascimento: **08/08/1973** CPF: **448.649.903-44**CNH: **05112446370**Orgão Emissor: **DETRAN**Filiação: **MARIA JOANA DE MELO****JOSE ESIDIO DE MELO**Endereço: **SÍTIO DESTERRO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **JAGUARETAMA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9716-9357****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **ORY3099** Uf: **CE** Município: **JAGUARIBARA** Chassi:**9C2JC4110CR408285** Renavam: **499810759** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **MARIA ROCILDA CARNEIRO DA SILVA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

JOSE EGNALDO DE MELO (CNH:05112446370, RG:314437996, CPF: 448.649.903-44) comunica que na data do dia 21/01/2019, por volta de 10h, na localidade do Sítio Desterro, município de Jaguaratama/Ce; Que vinha pilotando a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, PLACA:ORY3099, cuja proprietária é Maria Rocilda Carneiro da Silva; Que em determinado momento derrapou a motocicleta na estrada e caiu ao chão, pois a estrada estava molhada e com poças de lama; Que José Egnaldo conseguiu levantar-se e foi para o Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes; Que foi socorrido pelo médico Dr. Francisco Rogerio R.R. De Castro Galvão (CREMEC 6001); Que José Egnaldo foi diagnosticado com trauma na clavícula esquerda; Que foi solicitado uma radiografia do ombro, onde foi constatado uma luxação de clavícula; Que José Egnaldo foi medicado e recebeu alta no dia 21/01/2019; Que são testemunhas deste ocorrido o Sr. CICERO DE QUEIROZ NETO (RG:2018257612-9; CPF:812.343.253-49), residente no Sítio Desterro, Zona Rural de Jaguaratama/Ce e MARIA ANTONIA DE LIMA QUEIROZ (RG:2018257614-5; CPF:019.565.243-63), residente no Sítio Desterro, Zona Rural de Jaguaratama/Ce.



Fone: (88) 3429-2113



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



Impresso nº 2019164057

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 107 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HIONARA CLEMENTE DE SOUZA - MAT.: 30119509

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[assinatura]

VISTO DO DELEGADO(A) :

BÁRBARA VIEIRA NUNES - MAT.: 30123077



RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Chefe de Seção Exat
CPF: 21.427.740-01-06



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF de vítima:

448.649.903-44

Nome completo da vítima:

JOSE AGUIARO DE MELO

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

Nome completo do segurado:

MOTORIZADA

Endereço:

SÍTIO OCEITAREJO

Cidade:

JAGUARETAMA

Estado:

PARANÁ

CEP:

63.960-000

Tel. (DDD):

(88) 39735-2404

DADOS CADASTRAIS

Declaro, sob os fatos e fatos de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

SE PRECISAR:

☒ ATUALIZ. INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POR TRANSFERÊNCIA PARA OS BANCOS EXISTENTES (Banco e Agência)

Banco (Código)

☐ Itaú (340)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do Banco:

Brasparco - 037

AGÊNCIA:

☐ CONTAT

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0703

☐ 0

(informar o dígito se existir)

CONTA: 0032335

☐ 6

(informar o dígito se existir)

Declaro, sob os fatos e fatos de direito, que estou informando a informação da minha situação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, quitando o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob os fatos e fatos de direito, que estou informando a informação da minha situação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, quitando o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

☒ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência; ou

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência; ou

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência; ou

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência; ou

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência; ou

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob os fatos e fatos de direito, que estou informando a informação da minha situação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, quitando o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não

RECEBEMOS:

Carla Maria de F. Silva

Assinatura de quem assina a RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (se possível)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

NOME		JOSE GONCALVES DE MELO		DATA		HORA		305		de Maio	
ENDEREÇO		St. Desbano		DN		308 73		IDADE		4	
NOME DA MÃO RESPONSÁVEL		JOANA DE MELO		PROFISSÃO		Agricultor		TELEFONE		(88) 5975693	
RG		70000859099600		RG		314437386					

120x80	PESO	SPO2	Ox	PULSO	TEMP	☐ Acidente de trânsito ☐ Acidente de trabalho ☐ Maus tratos e condições de trabalho
--------	------	------	----	-------	------	--

ANAMNESE EXATÓICA

Paciente apresenta a seguinte história clínica:

História de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

História de doença cardíaca.

História de epilepsia.

História de márcapassagem.

História de hemofilia.

Mais tratada a criança/adolescente?

ALERGIAS OU ALERTE

Não

GLASSGOW

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

TOTAL

CONTINUA A PAGINA 12

SOL RX CLAVICULA ESQUERDA
DICTOFONES 25
12-77
CAREN-DE
25723-77
RECEBEMOS
R. R. de Castro Góndra
25723-77

Ass do paciente ou responsável

ATO DECLARATÓRIO

Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes
Rua São Pedro de Lima, 381, Centro Janguatama - Ceará
CEP: 60480-000
CNPJ: 07.442.333/0001-05

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA:

HORA:

• **ASMA**

WENSE

2548

VCEM

SUS

Electronic
version
via NetLibrary

Nome	JOSE BERNARDO DE MELLO	DATA	08/05/73	IDADE	43
Estado	PR	PROFISSÃO	Agricultor		
Mãe e Mãe Responsável	M.ª Tereza de Mello	TELEFONE	(88) 999 169		

F06900835550042 RG									
110x80		PESO	SPQ2	Dx	PULSO	TEMP	☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de trabalho ☐ Maus tratos a criança/adolescente		

RHEUMATISMO DE FOME DO JOELHO
 EM OMBRO.
 RATO X: LESÃO DE CLAVÍCULA.

1	☒	HIPERTENSÃO
2	☒	DIABETES
3	☒	CARDIOPATIA
4	☒	EPILEPSIA
5	☒	MARCAPASSO
6	☒	HEMOFILIA

ALERGIAS OU ALERTAS	
NÃO	
GLASSOW	
ABERTURA OCULAR	
RESPOSTA VERBAL	
RESPOSTA MOTORA	
TOTAL	

11) MICROFENACO King 3M

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EGNALDO DE MELO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00703-0

CONTA: 000000012935-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1707201905000000000023700703000000012935168750 PAGO

9810507
 A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.433
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Vitorino, 120
 CEP 60136-040 / Fortaleza - CE
 CNPJ: 07.042.510/0001-70 (CPF 08.705.848-0)

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) | Nº 554245809

Rota 33 17024 27 067000 - 2 Data de Emissão 18/12/2018

Nome JOSE EGUALDO DE MELO

End. Postal 51 DESTERRO 00000

JAGARETANA - JAGARETANA - 61440000

Medidor 7206758 Poste 0000 0000

Classe B2 - 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 448649903-44 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 12/2018 Data de Apresentação 17/01/2019

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual Let. Anual Conet. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Res. Tensão (V) Valor (R\$)

20 (177) 17705 1,00 0,00 0,00 220V 24,27

10/10/18 10/11/18 29/11/18

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS 24,27

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 16,39

VENCIMENTO 24/01/2019 TOTAL PAGAR (R\$) 49,66

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

10 11 12 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

11 12 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

12 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02

03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02 03

04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02 03 04

05 06 07 08 09 10 11 12 01 02 03 04 05

06 07 08 09 10 11 12 01 02 03 04 05 06

07 08 09 10 11 12 01 02 03 04 05 06 07

08 09 10 11 12 01 02 03 04 05 06 07 08

09 10 11 12 01 02 03 04 05 06 07 08 09

10 11 12 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

11 12 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

12 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02

03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02 03

04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02 03 04

05 06 07 08 09 10 11 12 01 02 03 04 05

RECEBEMOS

17 JAN 2019

Walter Gonçalves E. Nobre
 Gerente de Serviços Enei
 CNPJ: 21.487.738/0001-06



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECA/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE EGUALDO DA MELLO inscrito (a) no CPF sob o Nº 448.649.903 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSE EGUALDO DA MELLO inscrito (a) no CPF sob o Nº 448.649.903 / 44 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: DESEMPREGADO Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDENCIA E COMPROVANTE SITUAÇÃO CADASTRAL DO CPF

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexado 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>SITIO MORRINHOS</u>		Número S/N	Complemento
Bairro	<u>ALTO SANTO</u>	Cidade	<u>ALTO SANTO</u>	<u>CASA</u>
Estado	<u>CE</u>	CEP	<u>62970-000</u>	
Email	<u>LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD):	Telefone celular(DDD):
			<u>(85)999320656</u>	<u>(88)987359404</u>

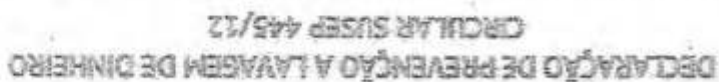
ALTO SANTO/CE, 23 de ABRIL de 2012
Local e Data

Luana Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

15 MAI 2012

Maria Goretti F. Nobre
Coordenadora de Seguros Evid.
CNPJ: 21.487.738/0001-06



IMPORTANTS:

<https://www2.susep.gov.br/815107RCAS/DOCORIGINAIS/PGTTP0=16C0D1G0=29636>

³ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada, capitalização e resseguro.

3. Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, ser idôneo e endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade declarada implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	SITIO MORRINHOS	Número S/N	Complemento	CASA
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	Estado
CEP	62970-400	CE		
Email: LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR Telefone comercial: (88) 9897359404 Telefone comercial: (88) 9897359404				

ALTO SANTOS, 03 de Junho de 2014

RECEBEMOS

Simão Rodrigues de Oliveira
Assinatura do Redator

17 JUN 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, MARIA ROCILDA CARNEIRO DA SILVA,
RG nº 2035 030385 - 2, data de expedição 14/05/2015
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 452.895.113-00
com domicílio na cidade de JAGUARIBARA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EDUARDO RODRIGUES DA SILVA, nº 132,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSÉ EGUALDO DE MELO, cujo o condutor era
JOSÉ EGUALDO DE MELO.
Veículo: MOTO HONDA Modelo: CG 125 PAN XS Ano: 2013/2012
Placa: ORY-3039/CE Chassi: 9C2JC9J30CR408285
Data do Acidente: 21/01/2019

RECEBEMOS

15 MAI 2019

Maria Garciaide F. Nobre
Coordenadora de Sinistros Eireli
CNPJ: 21.487.739/0001-06

Local e Data: ALTO SANTO-CE 13/ maio 2019

Maria Rocilda carneiro da Silva

Assinatura do Declarante

José Egualdo de Melo

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Maria Rocilda carneiro da Silva

no da Silva - 13 de 05 de 2019

Alto Santo - CE

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo CE

CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

José Egualdo de Melo

Alto Santo - CE 13 de 05 de 2019

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo CE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, MARIA RUILODA CARNEIRO DA SILVA,
RG nº 2035010325-2, data de expedição 14/05/2015,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 458.895.113-00,
com domicílio na cidade de JAGUARIBARA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EDUARDO RODRIGUES DA SILVA, nº 132,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSÉ EGUALDO DE MELO, cujo o condutor era
JOSÉ EGUALDO DE MELO.
Veículo: MOTO HONDA Modelo: CG 125 PAN XS Ano: 2013/2012
Placa: ORY-3099/CE Chassi: 3C2JC9J30CR408285
Data do Acidente: 21/03/2019

Maria Garcia F. Nobre
Carteira de Seguros Elet
CNPJ: 21.437.735/0001-06

RECEBEMOS

Local e Data: ALTO SANTO, CE 13/ Maio 2019

08/05/2019

Maria Ruiilda carneiro da Silva
Assinatura do Declarante

Maria Garcia F. Nobre
Carteira de Seguros Elet
CNPJ: 21.437.735/0001-06

José Egualdo de Melo
Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Maria Ruiilda carneiro da Silva

no da Silva
Alto Santo - CE, 13 de 05 de 2019

Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo - CE

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

José Egualdo de Melo

de Melo
Alto Santo - CE, 13 de 05 de 2019

Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo - CE



VALEIMAGEM

Paciente JOSE EGNALDO DE MELO
Médico PEDIDO PRÓPRIO
Data 30/03/2019
Formulário 7307.

US OMBRO ESQUERDO

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

Tendões do supraespinal, subescapular, infraespinal e da cabeça longa do bíceps braquial de espessura, contornos e ecotextura normais.

Ausência de líquido peritendíneo.

Não há líquido no interior da bolsa sinovial subacromial-subdeltóidea.

Ventres musculares do supra e infraespiniais de arquitetura, contornos e ecotextura normais.

Líquido na articulação acrômio-clavicular, que se mostra com espaço alargado e com incongruência parcial das superfícies articulares, bem como com alteração morfológica da epífise da clavícula e do acrômio, sugerindo sequela de fratura-luxação.



DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MÉDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR

AUCIANA

RECEBEMOS

17 MAR 2019

Dona Gacinda F. Nobre
Rua de São José Eireli
CNPJ 21.457.734/0001-05



RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MAT. ADOLPHO B. DE MENEZES
Rua Rdo. Pontes de Lima, 381 - Centro - Jaguaratama - Ceará

Nome: José Fernando de Melo

SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de trauma
automobilístico com
dor e limitação de ombro
esquerdo. Necessita de
sessões fisioterapêuticas para mentonar
ombro.

GRATUO

RECEBEMOS

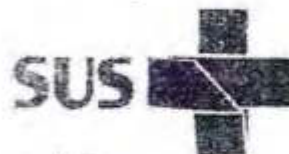
17 JUN 2019

Maria Goremeide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Externos
CNPJ 21.427.728/0001-07

16/01/19
Data

Dr. Paulo Leão
Médico

Assinatura



RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MAT. ADOLFO B. DE MENEZES
Rua Rdo. Pontes de Lima, 381 - Centro - Jaguaré - Ceará

Nome: JOSE EDUARDO DE MENEZES

USO ORAL

① Dolusomax 5mg — ICAIXA
tempo de 8/8 horas

② Duofenaco 75mg — ICAIXA
tempo de 12/12 horas

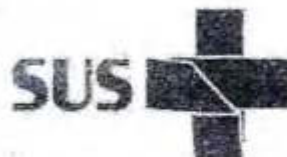
26/01/15
Data

Assinatura

RECEBEMOS

17 JUN 2015

Uzele Carmelinda F. Nogueira
Carmelinda F. Nogueira
CRM 21.457-7/JC/2011



RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MAT. ADOLFO B. DE MENEZES
Rua Rdo. Pontes de Lima, 381 - Centro - Jaguaratama - Ceará

Nome:

Jose Eymaelino

Receito 150

Tomar 1 comprimido 12/12h

RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Coordenadora de Saqueos Exeli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

21/06/19

Data

Fco. Rogério R.R. de Castro Góes
CREMEC 8001-CPF 414.446.394-04

Assinatura



RÉCEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MAT. ADOLPHO B. DE MENEZES
Rua Rdo. Portes de Lima, 381 - Centro - Jaguaré - Ceará

Nome: José Egnaldo de Melo
uso onco

Bicarb 150g — 1 ca
Oleo 1X 1 dia

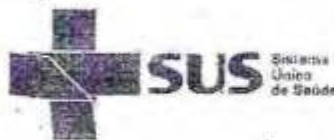
RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Esfeli
CPF 021.487.725/0001-06

Dr. João Tadeu C. Bezerra
CRM 15821
CLÍNICO GERAL
MÉDICO DO TRABALHO

76.02.19



RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MAT. ADOLPHO B. DE MENEZES
Rua Rdo. Pontes de Lima, 381 - Centro - Jaguaré - Ceará

Nome: João Agualdo de Azevedo

* Solicito

1. US de Oculário N.º 100.

Just.: Paciente vítima de trauma auto-industrial indireto sobre o Oculário E, necessita de prescrição/qualificação de profissional para em pontos oculares periorbitais objetivando promover a terapia fisioterápica.

28/01/2019
Data

Assinatura

RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Gacimilde F. Nobre
Enfermeira de Saude E
CPF: 21.497.714-001

Rua Pedro Lemos Peixoto, 250
Bairro Beira Rio - CEP: 63.480-000
Jaguaretama - Ceará



RECEITUÁRIO

Nome: _____

Atendo paciente com dor de costas, que
no exame físico, constatado este quadro
apresenta: lesão na articulação
costo-vertebral, que se mostra com
lesão alongada e com incongruência
normal da superfície articular, bem
como alterações morfológicas da epífise
da clavícula e do osso, sugerindo
lesão de fratura - "avulsão", como
mostra o exame ultrassonográfico de
ambos os lados, por consequência de
acidente de motorista no dia
21 de janeiro de 2019.

29/05/19

Data

Assinatura

RECIBIMOS

17 JUN 2019

Maria Carmo F. Costa
Clínica de Diagnóstico e
CRMJ 21.467.738/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Projeto Plástico

Polgar Direito

Seu nome completo de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007009071235 DATA DE EXPIRAÇÃO 24/06/2015

Nome LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO RAUL NETO DE OLIVEIRA
CLAUDENI HOLANDA MAGALHÃES

NATURALIDADE LINÓEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 01/07/1993

DÓC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:3.212 FOLHA:105V
LIVRO:A-09 ALTO SANTO - CE
CPF 044.329.533-65

2 VTA

Assinatura do Detentor

LEI Nº 7.116 DE 19/08/83

P.: 156

RECEBEMOS

11 JUN 2015

Maria Gorete F. Nobre
Coordenadora de Cadastro Civil
CPF 021.487.125-001-05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014418304750
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 499810759 00000000000 2018

NOME

MARIA ROCILDA CARNEIRO DA SILVA

JAGUARIBARA /CE

CPF / CNPJ

45889511300

PLACA

DRY3099/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

9C2JC4110CR408285

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP. / POT. / CIL

2P/0CV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

*/**/*

1*

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL

JAGUARIBARA

DATA

04/01/2019

Igor Ponte
Superintendente



DETRAN-CE

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

CE Nº 014418304750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

45889511300

DRY3099/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014418304750

72649691010

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

04/01/2019

VIA

01

CPF / CNPJ

45889511300

PLACA

DRY3099

RENAVAM

499810759

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

PART

Nº CHASSI

9C2JC4110CR408285

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MTOR: JC41E1C408285

00972



RECEBEMOS

15 MAI 2019

Maria Rosalinda F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.738/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014418304750
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA 01 499810759 0000000000 2018

NOME
MARIA ROCILDA CARNEIRO DA SILVA
JAGUARIBARA /CE

CPF / CNPJ 45889511300 PLACA DRY3099/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC4110CR408285

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2F/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º*

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL JAGUARIBARA DATA 04/01/2019

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014418304750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

45889511300 DRY3099/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014418304750 72649691010

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/01/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 45889511300 PLACA DRY3099

RENAVAM 499810759 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2011 ANO MOD 2012 Nº CHASSI 9C2JC4110CR408285

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

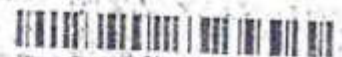
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOPLAVADO PREO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO K COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR JC41E1C408285 00972



RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Carolina F. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétricos
CNPJ 21.487.738/0001-06

Dados da Reclamação

Protocolo:
2373173/2019

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
03/06/2019 10:30:42

Dados do reclamante

Segurado:
JOSE EGNALDO DE MELO

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
448.649.903-44

Procurador:
LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ:
044.329.533-65

Formas de contato

E-mail:
luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

Celular:
(88) 99735-9404

Endereço:
Rua Rosa Francisca, 297, apartamento

Bairro:
CENTRO

CEP:
62.970-000

Cidade:
ALTO SANTO

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta informar que esta seguradora se nega a realizar perícia medica para avaliar as sequelas de meu acidente atestando que o mesmo não teve lesão alguma oriunda de seu acidente ocorrido em 21/01/2019, o sinistro em que a vítima é beneficiário é 3190325609, hoje meu cliente se queixa de conviver com sequelas irreversíveis em seu membro superior esquerdo. Informo lhes também que foram enviados junto ao processo toda documentação possível e necessária para a comprovação das sequelas, informando tratamento realizado e definindo as sequelas, porem esta seguradora continua descumprindo a TAC acordada em 2012 onde a mesma se compromete a realizar perícia medica em todas as vítimas de invalidez permanente para avaliar o grau da lesão ou a falta da mesma, certo de seu pronto atendimento e de que farão algo para que esta negativa injusta e sem avaliação pericial seja desfeita vós agradeço desde já.

O SAC da empresa foi acionado?
Sim

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3190325609

RECEBEMOS

17 JUN 2019

Paula Garibaldi F. Nobre
Coordenadora de Sinistros ERELI
CPF 221.487.114-0001-06

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a),		03/06/2019 10:30:42

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

E-mail enviado
para luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br
Texto:
Prezado(a) senhor(a),

03/06/2019
10:30:42

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

RECEBEMOS

17 JUN 2019

Wanda Garibaldi F. Nobre
Coordenadora de Relações Externas
0001-06

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro – Sede
Av. Presidente Vargas, 730 – Centro
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo – SP – CEP: 01049-000

Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 – BL.K – 13º andar – Ed. Seguradora
Brasília – DF – CEP: 70093-900

Rio Grande do Sul
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre - RS - CEP 90010-350

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP
INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.
Para acessar os dados da sua
reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados -
SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O
NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Diretora de Seguros Privados
11/06/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190382908 **Cidade:** Jaguaratama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EGNALDO DE MELO **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. EXAME DE US EVIDENCIA ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS EM CLAVÍCULA E ACRÔMIO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DE ABDUÇÃO, DE FLEXÃO E DE ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ASSOCIADO A HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/07/2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190382908 **Cidade:** Jaguaratama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EGNALDO DE MELO **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: & P.1(EXAME) P.7(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE EGUALDO DA MELLO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA, portador(a) do RG 2036286336-2, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 448.643.903-44, residente no(a) SITIO DESTAERO
nº 00, bairro: JAGUATAMA, município: JAGUATAMA, I. CE

OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SITIO MORRINHOS
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO, I. CE

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

CPF 448.643.903-44 data do acidente: 23/03/2019 Cobertura: INVALIDO 2

Local e data: ALTO SANTO - CE 23/03/2019

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Juliette Guerra Medeiros

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Escrevente Autorizada

Nome: _____, Alto Santo - CE, brasileiro(a), estado civil: _____

Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____

e do CPF: _____, residente no(a) _____

nº _____, bairro: _____, município: _____, I. _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

15 MAI 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Evid
CNPJ 21.487.716/0001-06