

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**@-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01405084-6** em **25/08/2020 11:34:11**.
- 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 : 0244299-38.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01405084-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/08/2020 11:34:11

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* : 2745828_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2745828_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf

Downloads

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

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

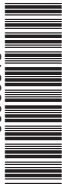
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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 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 OESTE-MARCO

Cidade:

JAGUARETAMA

Estado:

PARANÁ

CPF: 448.649.903-44
Número: 00
Complemento: CASA

CEP: 63.960-000

Tel./DDI:

(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 citados, conforme opção

Banco (257)

☐ Itaú (342)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasparco - 037

BENEFICÁRIO

☐ CONTAT

(Informar o número da conta)

AGÊNCIA: 0703

0

CONTA: 0032935

(Informar o número da conta)

6

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 da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há, pois não atende a regra do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

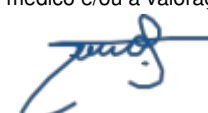
Número do Sinistro: 3190382908
Nome do(a) Examinado(a): Jose Egnaldo de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): St Desterro, S/N Cs
Jaguaretama Jaguaretama CE CEP: 63480-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 314437996
Data local do acidente: [21/01/2019]
Data local do exame: [08/07/2019] 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</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:

Egnaide de Almeida

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 OESTE-MARCO

Cidade:

JAGUARETAMA

Estado:

PARANÁ

CEP:

83.997.35-000

Tel./DDD:

(83) 99735-9404

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

SE PRECISAR:

☒ ATUALIZAR INFORMAÇÕES

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 CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

Conta Corrente (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRASIL - 037

FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO

DATA:

25.01.19

HORA:

10:45

SUS

Extensão
Unidade de Saúde

Nome: José Gonçalves de Melo
Endereço: St. Romano
Nome da Mãe/Responsável: Maria Joana de Melo
RG: 314437386
Data de Nascimento: 10/08/1955
Sexo: M
Profissão: Agricultor
Telefone: (88) 9971693

Altura: 1,20 x 80
Peso:
SPO2:
Dx:
Pulso:
Temp:
Acidente de Trânsito
Acidente de Trabalho
Maus tratos a criança/adolescente

Exatidão Física:
Resistência a ocular e mto cl
Resistência a cheirando. Resposta
Hipertensão ☒
Diabetes ☒
Cardiopatias ☒
Epilepsia ☒
Marcapasso ☒
Hemofilia ☒
Alergias ou Alergia:
Glasgow:
Abertura Ocular:
Resposta Verbal:
Resposta Motora:
Total:

Conduta / Procedimen:
Sol. Rx clavículas esquerda.
Diclofenaco 75mg IM
12:00
Recebemos
15 MAI 2019
Ass do paciente ou responsável:
Ass do profissional assistente:
Fco. Roberto R.R. de Castro Gêdo
CREMEC 8001-006 414.448.304-0

ATO DECLARATÓRIO

FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO

DATA:

26.01.19

HORA:

08:15

SUS

Extensão
Unidade de Saúde

Nome: José Gonçalves de Melo
Endereço: St. Romano
Nome da Mãe/Responsável: Maria Joana de Melo
RG: 314437386
Data de Nascimento: 10/08/1955
Sexo: M
Profissão: Agricultor
Telefone: (88) 9971693

Altura: 1,20 x 80
Peso:
SPO2:
Dx:
Pulso:
Temp:
Acidente de Trânsito
Acidente de Trabalho
Maus tratos a criança/adolescente

Exatidão Física:
Resistência a ocular e mto intensa
EM OMBRO.
Rto X: clavícula de esquerda.
Hipertensão ☒
Diabetes ☒
Cardiopatias ☒
Epilepsia ☒
Marcapasso ☒
Hemofilia ☒
Alergias ou Alergia:
Glasgow:
Abertura Ocular:
Resposta Verbal:
Resposta Motora:
Total:

Conduta / Procedimen:
Diclofenaco 75mg IM
9:51
Marta da Conceição F. M.
Téc. de Enfermagem
CRE 10084

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



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 Vitima 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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.segurancafiduciaria.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (ativo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www12.susep.gov.br/sisjur/botao/BOCORRIGIALLASPTTPO=1&CODIGO=25636>

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

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

Superintendente dos Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, prevê em seu regulamento administrativo, a aplicação de penalidades administrativas, inclusive, a identificação e a eliminação de ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Se o exposto, eu, LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o nº 044.328.539-65

à qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOA GONCALVES DA SILVA, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAZ da vítima JOA GONCALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 448.649.903/44, determinação de Circular SUSEP 445/12;

☒ Declaro, profissionalmente, DESEMPREGADO Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios: na CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA 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, reside 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	SITIO MORRINHOS		Número	CASA	Complemento
Cidade	ALTO SANTO		Estado	CE	CEP
CEP	62970-400		Telefone comercial (DDD)	(88) 987359404	
E-mail	LUANMAGALHAES@LIDER.COM.BR		Telefone comercial (DDD)	(88) 987359404	

ALTO SANTO, 03 de JUNHO de 2013

Local e Data

Luana Magalhães de Oliveira

Assinatura do Declarante

17 JUN 2013
Marta Gonçalves F. Nobre
Coordenadora de Sinistros Líder
CNPJ 21.481.132-0001-06

RECEBEMOS

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 KS 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 Evid
CNPJ: 21.487.739/0001-06

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

Maria Rocilda carneiro da Silva

Assinatura do Declarante

Jose 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

Jose 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 ROCILDA 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 Rocilda F. Nobre
Carteira de Seguros Eteki
CPF: 21.457.735/0001-06

RECEBEMOS

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

08/05/2019

Maria Rocilda carneiro da Silva
Assinatura do Declarante

Maria Rocilda F. Nobre
Carteira de Seguros Eteki
CPF: 21.457.735/0001-06

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 Rocilda carneiro da Silva
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 ULTRASSONOGRAFICO

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 JUN 2019

Dona Geracienda F. Nobre
Rua da Paz de São José, 100
CEP 21.457-700-001-06



RECEITUÁRIO

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

Nome:

João 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 Exo
CNPJ.21.427.724/0001-07

Dr. Paulo Leão
Médico

16/01/19

Data

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

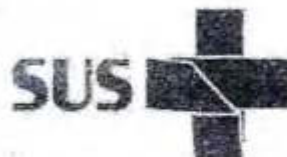
26/01/15
Data

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 Saude Bucal
CNPJ: 21.487.738/0001-06

21/06/19

Data

Fco. Rogério R.R. de Castro Góes
CREMEC 6001-CPF 414.446.394-04

Assinatura



RECEITUÁRIO

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

Nome: José Egnaldo de Melo
uso onco

Bicarb 150g — 1 ca
Oleo 1X 1 dia

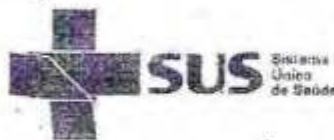
RECEBEMOS

17 JUN 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Externos
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 Gacineide 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 epifise
da clavícula e do osso, sugerindo
lesão de fratura - "avulsão", como
mostra o exame ultrassonográfico de
ambos os lados, por consequência de
acidente de motocicleta no dia
21 de janeiro de 2019.

29/05/19

Data

Assinatura

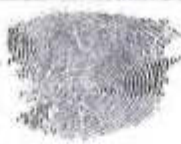
RECIBIMOS

17 JUN 2019

Maria Carmem F. Soares
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 DIMESTRICAS

 Polegar Direito



PROJETO PLASTIFILAR

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 0000000000 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

2*

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 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 1ª 2ª 3ª

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

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\$)

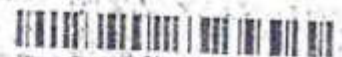
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOPLAVADO PRÉ-SEGURO (R\$)

PAGAMENTO 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 Carmelinda 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

RECEBEMOS

17 JUN 2019

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3190325609

Pela Garante F. Nobre
Ouv. 221-487 (100001-06)

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
Superintendente 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

Escrevente Autorizada

Alto Santo - CE

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____

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

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

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

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS

15 MAI 2019

Maria Garcia de F. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétricos
CNPJ 21.487.716/0001-06