

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387484/18

Número do Sinistro: 3180500117

Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 435.366.973-72

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADERBAL OLIVEIRA
ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/11/2018
Nome: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA
CPF: 435.366.973-72

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349277/19

Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 435.366.973-72

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA : 435.366.973-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA
CPF: 435.366.973-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190573304

Nome do(a) Examinado(a): ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Endereço do(a) Examinado(a): R LEAO VELOSO, 979, C ALTOS, 60.824-200, R LEAO VELOSO, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 90006027542

Data e local do acidente: 07/07/2018 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 28/05/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação acrômio clavicular esquerdo.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento conservador. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo, pós o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 25°, abdução aos 80°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofia no segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau médio.

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**
Nº Sinistro: **3180500117**
Vitima: **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**
Data do Acidente: **07/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180500117**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190573304 Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 07/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190573304

Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001977

Conta: 000000019642-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

43536697372

Nome completo da vítima

Adenilson Oliveira Almeida

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Adenilson Oliveira Almeida	43536697372	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Getúlio Vargas	979	Para
Barro	Estado	CEP
Parque Inocência Fortaleza	Pernambuco	60824200
Email	Telefone (DDD)	
	85 988701298	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ 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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.º D/V CONTA N.º D/V
 1977 00019642 5
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome N.º
 AGÊNCIA N.º D/V CONTA N.º D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 22 de outubro de 2018

Local e Data

X Adenilson Oliveira Almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018162328

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4480 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/10/2018 12:32:50**
Data / Hora da Ocorrência: **07/07/2018 00:15:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONEGO DE CASTRO**
Complemento: **C/ RUA EDUARDO PERDIGÃO**
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**
Nascimento: **03/08/1972** CPF: **435.366.973-72**
RG: **90006027542** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DAS GRAÇAS DE OLIVEIRA ALMEIDA**
RAIMUNDO BRITO DE ALMEIDA
Endereço: **RUA LEÃO VELOSO, 979**
Bairro: **CAMBEBA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

CEP:
Telefone: **(85) 98829-7268****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIM0695** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1680CR308141 Renavam: **477061680** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA DO SEU TRABALHO PARA SUA CASA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OIM-0695 NA AV. CONEGO DE CASTRO QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA EDUARDO PERDIGÃO A VITIMA FREOU A MOTO QUE DERRAPOU EM PÓ DE GESSO NA PISTA VINDO A VITIMA AVANÇAR A PREFERENCIAL E COLIDIR COM UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

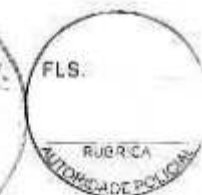
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Aderral Oliveira Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018162328

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4480 / 2018

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Adenilson Oliveira Almeida</i>	CPF da Vítima <i>435 366 97372</i>	Data do Acidente <i>07/07/2018</i>
--	---------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>85 98870 1298</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza, 22 de outubro de 2018

Local e Data



X Adenilson Oliveira Almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/07/2018 16

Paciente: A DERBAL OLIVEIRA ALMEIDA Dt. Nasc.: 03/08/1972 Atendimento: 51987722 Prontuário: 16282303
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] Nº: 25118249 07/07/2018 às 10:50

ANAMNESE

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-CARRO, ÀS 08 DO DIA 07/07/2018, APRESENTA DOR E DEFOMIDADES EM CLAVICULA ESQUERDA. [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial: 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10: S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]

Alergias: Não [1]

Medicação Em Uso: Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar: Não [1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10: S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]

CID10: S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CÓPIA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01977

CONTA: 000000019642-5

Nr. da Autenticação 6EE8A7C348DE4E85



Nº de Inscrição:

010191593

DADOS DO CLIENTE

Nome: ROGERIAL OLIVEIRA ALMEIDA

End. Leitura: RU LEAO VELUDO, 979, PARQUE IRACEMA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60624-200

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 049
Subsetor: 00Quadra: 0314
Subquadra: 00

Lote: 0058

Comp: 0006

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: ARCA	Metro: 4075044175	Leitura Anterior: 1063	Leitura Atual: 1073	Volumen ^{m³} : 5	Média Semestral ^{m³} : 3
---------------	-------------------	------------------------	---------------------	---------------------------	-----------------------------------

DATAS

Leitura Atual: 03/05/2018
Leitura Anterior: 02/08/2018Entrega: 03/05/2018
Próxima Leitura: 02/10/2018Data Agor: 07/2018
Linha Logica:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Classe	Tubulação	Coef	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigida:	545	533	126	533	533
Análises:	545	533	538	543	543
Em conformidade:	545	533	508	529	543

MÉDIA DE CONSUMO (001/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 24,92. Caso pago, desconsiderar,
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Agua (m³)	Esgoto (m³)
ARCA	24,40	Set/17	5	0
MULTA DE 2%	0,45	out/17	5	0
JURIS DE 0,03% AO DIA	0,18	nov/17	6	0
		dez/17	3	0
		jan/18	7	0
		fev/18	3	0
		mar/18	4	0
		abr/18	5	0
		mai/18	2	0
		jun/18	2	0
		jul/18	4	0
		ago/18	3	0

Tributos sobre o faturamento

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,24	VALOR DO SERVIÇO	39,37
COFINS	1,19	VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	25,07

MÊS/ANO
09/2018VENCIMENTO
18/09/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
25,07

L: 057015057258334 L: 0363 R: 12:35:55 R: 038 P: 001

ONDE PAGAR SUA FATURA:

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagaré.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de água. Para mais informações consulte sua agência.

Cagece
0800 275 0195

Cagece
FORTALEZA

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101, 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Endereço Regulador: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental - 8500 385 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

União Nacional de
Educação e Cultura
155

155

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
23 OUT 2018

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/07/2018 10:52

Paciente: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA	Dt. Nasc.: 03/08/1972	Atendimento: 51987722	Prontuário: 16262303
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1]	Nº: 25118249	07/07/2018	às 10:50
---	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE COLISÃO MOTO-CARRO, ÀS 0H DO DIA 07/07/2018. APRESENTA DOR E DEFORMIDADES EM CLAVICULA ESQUERDA.	[1]
------------------	---	-----

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
---------------------	--------------------------	-----

CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO	[1]
-------	--------------------------------------	-----

Alergias	Não	[1]
----------	-----	-----

Medicação Em Uso	Não	[1]
------------------	-----	-----

Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
-----------------------------------	-----	-----

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO	[1]
-------	--------------------------------------	-----

CID10	S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO	[1]
-------	--------------------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE


BRASIL

Serviços Barra GovBr

Dados da Reclamação**Protocolo:**
2296699/2018**Situação:**
Encaminhamento automático**Via:**
Internet**Data:**
20/12/2018 11:40:51**Reclamada:**
LIDERANÇA CAPITALIZAÇÃO S/A**Dados do reclamante****UF:**
CEARÁ**Segurado:**
FRANCISCO JULIANO DE SOUSA LIMA**CPF/CNPJ:**
046.186.353-89**Formas de contato****E-mail:**
denuncieaki123@gmail.com**Endereço:**
RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779**Bairro:**
CENTRO
Cidade:
FORTALEZA**CEP:**
60.055-090**Dados da denúncia****Assunto:**
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/549572, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está com cobranças abusivas, cobranças documentação médica, em que descreve o grau das minhas lesões, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007, dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATORIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente.

O SAC da empresa foi acionado?
Sim**Documentos**

Tipo	Número
Encaminhamentos	20/12/2018 11:40:51

Encaminhamentos**Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o

<http://susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/faca-aqui-sua-reclamacao>

20/12/2018

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

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.

Barra GovBr



BRASIL

Serviços Barra GovBr

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2343289/2019

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

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

25/02/2019 12:57:35

*Dados do reclamante***Segurado:**

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

435.366.973-72

*Formas de contato***E-mail:**

denuncieaki123@gmail.com

Endereço:

RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.055-090

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (Inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidéz/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/500117, onde foi enviada toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a está me fazendo cobranças abusivas de documentação, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, tendo sofrido FRATURA DA TÍBIA, e até hoje encontro com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente, e não estou de acordo com a cobrança indevida.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número
Encaminhamentos	Atendente
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralicer.com.br	25/02/2019 12:57:35
Texto:	
Senhor (a) Ouvidor (a),	



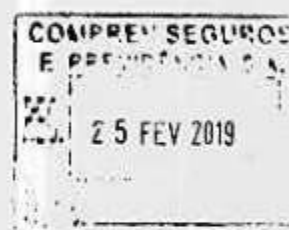
25/02/2019

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

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

Barra GovBr



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404349210

NOME
ADEMIL OLIVEIRA ALMEIDA

SOBRENOME / DATA DE NASCIMENTO
20006027542 03/08/1972

CEP
435.366.973-72

ENDEREÇO
BAYENNO BRITO DE
ALMEIDA
MARIA DAS GRACAS DE
OLIVEIRA ALMEIDA

PROFISSÃO
ACI

DATA DE EMISSÃO
03/07/2020

DATA DE VALIDADE
05/02/2021

CLASSIFICAÇÃO
A.3
MAD COLETIVO
EMERX ATIV REMUNERADA

Assinatura do Titular

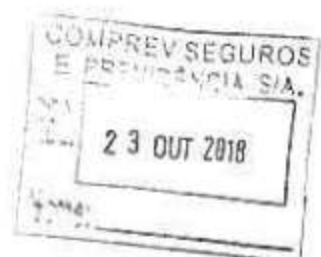
LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA DE EMISSÃO
17/11/2016

97445027764
CE156412942

DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1404349210



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014140274979
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 477061680 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 43536697372 PLACA DIM0695/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KC1680CR308141

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A

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

1%
2%
3%

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 08/06/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 28/06/2018

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 014140274979 BILHETE DE SEGURO DPVAT

43536697372 DIM0695/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

014140274979 50154158000

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/06/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 43536697372 PLACA DIM0695

RENAVAM 477061680 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2012 CATEG. PART Nº CHASSI 9C2KC1680CR308141

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A PAGAR (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/06/2018

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.606/0001-04

MOTOR: KC16E8C308141 02262



DETRAN

CONTRAT

23 OUT 2018

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387484/18

Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 435.366.973-72

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: ADERBAL OLIVEIRA
ALMEIDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA : 435.366.973-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA
CPF: 435.366.973-72

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573304 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 25°, abdução aos 80°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofia no segmento, sem amputação. Cumprido frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões luxação acrômio clavicular esquerdo. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/05/2020

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