

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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242949

Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Data do Acidente: 02/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS

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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242949

Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Data do Acidente: 02/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

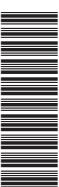
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200242949 **Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

Data do Acidente: 02/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000758-7

Conta: 0000018306-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

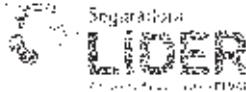
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem erros, 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 ó 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, Tutores). 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").

Município de Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

037.746.653-03

Morelle Ribeiro Bonos

DADOS DO RECIPIÊDO DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Morelle Ribeiro Bonos

CPF titular da conta

037.746.653-03

Profissão

recurso

Endereço

Rua 6 lot. Parque Verde

Número

324

Cidade

Portalegre

Estado

ri

UF

60732-443

Telefone (032)

(25) 198774-9995

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

LASER 100% (R\$ 0,00)	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	R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00

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

BANCO COOPERATIVO (237) - BANCO DO BRASIL (001) - ITAU (341)

BANCA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº ag.

Bradesco

037

AGÊNCIA

Nº

0758

07

CONTA

Nº

18306

17

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

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 Lider a efetuar o pagamento da indenização no Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Foto eu _____ em _____ de Setembro de 2018
Local e Data

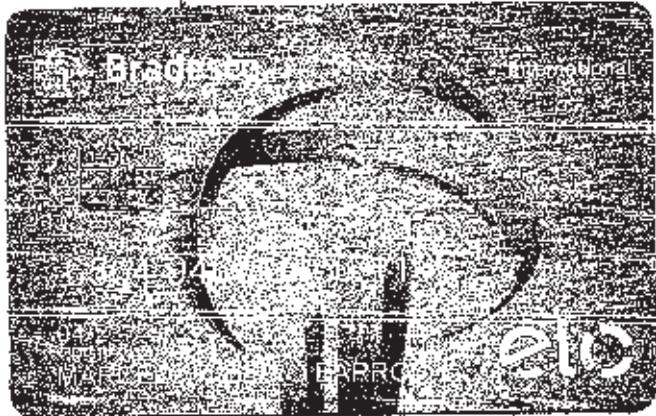
RECEBEMOS

03/09/2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

versão 001 v03/2017

Morelle Ribeiro Bonos
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 24.487.738/0001-06



RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06





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

Karine

Impresso nº 20188023

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4074 / 2018

Codd
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/09/2018 08:39:39**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2018 17:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AUDIZIO PINHEIRO, 55**
 Complemento:
 Bairro: **HENRIQUE JORGE** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX A UNITEMTIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS	RECEBEMOS
Nascimento: 27/09/1989	CPF: 037.746.653-03
RG: 2002010208132	Orgão Emissor: SSPDS
Filiação: MARIA NEUDA RIBEIRO BARROS	03 OUT 2018 UF: CE
MARCIO SOUZA BARROS	
Endereço: RUA K LOT PARAISO VERDE , 324	Maria Gecineide F. Nobre
Bairro: CANINDEZINHO	Corretora de Seguros Eireli
Município: FORTALEZA/CE	CNPJ: 21.487.736/0001-18
País: BRASIL	CEP: 60.732-443
Telefone: (85) 98686-1767	

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHJ5326** Uf: **AL** Município: **MACEIO** Chassi: **9C2JC4130DR010733** Renavam: **584223838** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO KS** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CBA CIA DE BEB E ALI S FRANCISCO**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OHJ-5326; QUE TRAFEGAVA PELA AV. AUDIZIO PINHEIRO E ACABARA DE SAIR DO TRABALHO E ESTAVA RETORNANDO PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA, QUE AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

JAIENE ARARIPE
Serviço Registrado

Região Geográfica Natural do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Av. Jaime de Almeida Andrade, 100 - Bairro: Centro - CEP: 62056-000 - Fortaleza - Ceará (85) 3215-3301 - www.sedec.ce.gov.br

AUTENTICIDADE - Certifico que esta fotocópia é reprodução
data: 12/10/2018 - Representante:

03





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



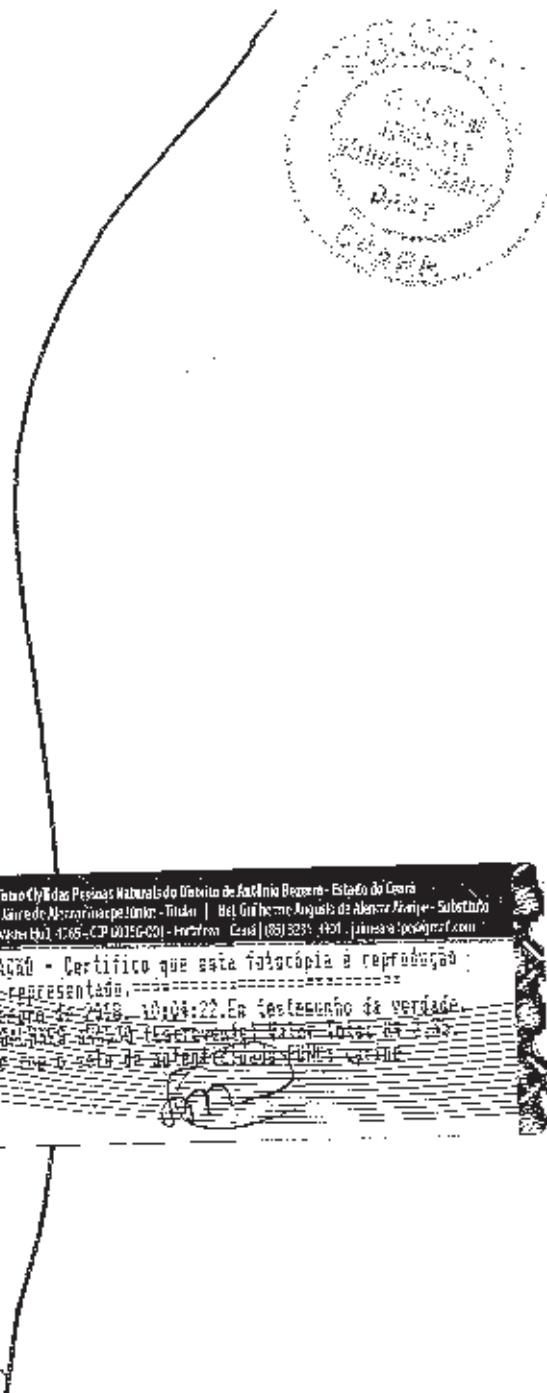
Impresso nº 20188023

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4074 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Hercílio Ribeiro Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.733/0001-06





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dedos da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rascunhos. 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

Marcello Rubens Barros

CPF da Vítima

067.746.688-06

Data do Acidente

02.07.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Marcelo Rubens Barros

CPF do Representante Legal

E-mail

marcello_barros@outlook.com.br

Telefone (DDD)

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 6.784/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende 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 Lider 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 6.784/74.

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

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Marcelo Rubens Barros
Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Ecolí
CNPJ:21.487.736/0001-06

Local e Data

29 de Setembro de 18

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAP FORTALEZA

Wista & Imagem

SEARCHED: 26243778

Date 02/07/2018

Pág. 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento: 27/09/1989 Sexo: M RG: 2002010208132 SSP CE: CPF: 03774665303

Endereço : RUA CURITIBA 542 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60542300

www.conselho.vt.gov.br

Matrícula: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Quelxa Principal:

FRATU TORNOZELO ESQUERDO

Example:

TC TORNозELO ESQUERDO

IVzRáV

5187479951

TÉCNICA: Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Fratura cominutiva na região metaepifisária distal da tibia, com extensão ao maléolo medial e à face articular tibiotáler. Há desalinhamento dos fragmentos ósseos.
 - Adensamento de planos adiposos do tornozelo, compatível com edema/hematoma.

CONCLUSÃO:

CONCEPÇÃO JÁUDICO DESCRIPTIVO

* Exame documentado em CD.

Page 15

RECEREMOS

MANUELIA CABRASO DE OLIVEIRA - CRM 21626-BA

03 JUL 2018

Maria Gschneide F. Nobre
Correia de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.730/0001-96

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: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELLO RIBEIRO BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00758-7

CONTA: 000000018306-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2107202005000000000237007580000001830684375 PAGO

3475311

Autoria: Eletrobrás Energia Elétrica
Sociedade Pessoal nº 10499
De 26 de Abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Valverde, 103
CEP 60133-140 Fortaleza - CE
CNPJ 0004-2251/0001-71 CGF 08 NUS 0463

e-mail

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 542258295

Rota 13 01250-31 110600 - 6 Data da Emissão: 20/09/2018

Nome MARIA NILCEMENTA HOSKRA DE OLIVEIRA

End. Postal RU K LOT PARAISO VERDE 00324

CANINDEZINHO - FORTALEZA - 60732443

Medidor 14170087 Preço 1251 G500

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 185907243-34

CGF

Nome do Responsável

DITAS

Data do Recibo: 10/09/2018 Data da Apresentação: 12/10/2018

Consumo Jul./2018 Mês: 07/2018 SLEB: 45,93

TIPOS	Referência (RS)	Alíquota	Valor da Imposta	INÍCIO DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
				DIC	FIC	DPHMO	Padrão Individual	Apuração Individual	
Residencial	105,92	37,80%	39,86	0,20	0,47	0,04	0,00	0,00	
Total				0,20	0,47	0,04	0,00	0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lançamento	Loc. Cartera	Capt.	Concessão (kWh)	Cota Ind.	Outras Ent.	Saldo (kWh)	Multa (RS)	Variação (RS)
FP	11000	11000	1.08	178	3,68	0,00	0,00	0,00
						0,00	0,00	0,00

VALOR CONSUMO DO MES: 136,62

MULTA MORATORIA REF 08/2018 3,12

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 17,44

ADDITIONAL RANDETRA VERMELHA MES (R\$ 12,50)

VENCIMENTO	27/09/2018	TOTAL A PAGAR (RS)	152,18
------------	------------	--------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSULTADO		HISTÓRICO DE CONSUMO					
Consumo	136,62	147	178	202	198	199	1
Impostos	39,86	147	178	202	198	199	1
Distribuição	31,39	147	178	202	198	199	1
Encargos Sociais	9,46	147	178	202	198	199	1
Brindes (ICMS PIAUÍ/RS)	41,95	147	178	202	198	199	1
IRPF	136,62	147	178	202	198	199	1

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissões (kg) Compreendendo (kg) Compreendendo (kg) Compreendendo (kg)

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

CONTAS EM ESTRASO + DEVEDORES ATÉ 2018

Previo/Aviso Contas em atraso devidos até 2018 Valor R\$

0,00 0,00 0,00 0,00

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecília de F. Nobre
Corretora de Seguros Ekreli
CNPJ:21.487.735/0001-06

DECLARAÇÃO
PROPRIEDADE DE VEÍCULO – PESSOA JURÍDICA

A empresa, **NORSA REFRIGERANTES S/A** (sucessora por incorporação da CBA INDUSTRIA E COMERCIO DE BEBIDAS E ALIMENTOS LTDA inscrita no CNPJ nº 08.965.289/0001-95), situada na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, à Av Washington Soares, nº 55, 9º andar, sala 902, Edson Queiroz, inscrita no CNPJ nº 07.196.033/0001-06, com filial em Maracanaú, Estado do Ceará, inscrita no CNPJ nº 07.196.033/0021-41, por meio desta, declara, sob as penas da Lei, a propriedade do veículo abaixo descrito na data do acidente ocorrido, cujo o condutor e vítima era o Sr. **MARCELLO RIBEIRO BARROS**, e que este compõe o quadro de empregados da empresa declarante.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS
Ano: 2013/2013
Placa: OHJ5326
Chassi: 9C2JC4130DR010733
Cor: VERMELHA
Data do Sinistro: 02/07/2018

Fortaleza, Ceará, 02 de janeiro de 2019.

CARTÓRIO JEREISSATI *[Signature]* *b* *[Signature]*
NORSA REFRIGERANTES S/A
Declarante

CARTÓRIO
JEREISSATI

[Signature]
MARCELLO RIBEIRO BARROS
Condutor/Vítima



CARTÓRIO JEREISSATI – REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS – ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL - MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO
R. Major Faustino, 704 – Centro – Fortaleza/CE – CEP: 60.105-000 – Tel: (85) 3200-2185 – Fax: (85) 3255-3084 – cartoriojereissati@terra.com.br

Cód. (3139496640130) 70 Reconheço por SEMELHANÇA as assinaturas de MARIO ANTONIO VERONEZI, BERNARDO JEREISSATI LEGEY, Fortaleza, 8 de janeiro de 2019.

Em testo *[Signature]* da verdade. ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES (ESCREVENTE) Valor Total R\$ 6,00

Valido somente com o selo de autenticidade.

[Signature]
ESCREVENTE
ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAP FORTALEZA

Vida & Imagem

Nº Pedido: 26859042

Data 03/07/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento.: 27/09/1989 Sexo: M RG.: 2002010208132 SSP CE CPF.: 03774665303

Endereço...: R K 324 SIQUIRA II FORTALEZA CE 60542300 Tel.: 989615110

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) BRUNO DE BRITO BOTE

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

IV{aOE

5188624431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecinilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-08



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDÁ IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
Nº Pedido: 26358183

Data 03/08/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento: 27/09/1989 Sexo: M RG: 2002010208132 SSP CE CPF: 03774685303

Endereço...: R K 324 SICIURA II FORTALEZA CE 60542300 Tel.: 989615110

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

!W^7dE

5258206521

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

João 013

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4262-RH

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06



ANTÔNIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: BRUNO DE BRITO BOTELHO

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Data do Atendimento: 10/07/2018

*Marcello Ribeiro
Barros
33001287
EVF.

RECEITA

Novalgina 1g ----- 01 cx
- Tomar 01 comprimido de 6/6 horas, se tiver dor.

Repouso com a perna elevada para evitar o inchaço e não pisar.

Curativo se tiver secreção.

Movimentar o tornozelo.

Evitar pressão contra o joelho.

Retorno para nova consulta em 10 dias.

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.736/0001-08

Dr. Bruno de Brito Botelho
CRM: 9333
Osteopatia e Fisioterapia 433
CRM: 9333



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: BRUNO DE BRITO BOTELHO

- 1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação ao Paciente

CRM: 9329 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 600554001 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

6206.20-0053
Boticário de Fortaleza
Dr Bruno Botelho

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Endereço: K 324 SÍQUIRA II FORTALEZA CE 60542300 Tel. 989615110

Prescrição: CEFADROXILA 500MG ----- 08 CP
- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (4 DIAS)

FLANCOX 500MG ----- 01 CX
- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (7 DIAS)

NOVALGINA 1G ----- 01 CX
- TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ DE 6/6 HORAS SE TIVER DOR

REPOUSO COM A Perna ELEVADA E NÃO PISAR.

ANDAR COM AUXÍLIO DE MULETAS APOIANDO NA Perna DIREITA.

CURATIVO A CADA 2 DIAS, Lavar com SORTO FISIOLÓGICO 0.9%, CURATIVO COM GAZE +
MICROPORÉ OU ATADURA.

RETORNO PARA REVISÃO NA EMERGÊNCIA DE TRAUMATOLOGIA COM 1 SEMANA, NA TERÇA PELA
MANHÃ A PARTIR DE 7HS, 3277-4029 - RETORNAR ANTES SE FOR NECESSÁRIO. dr bruno ou dr
rafael

*marcello Ribeiro Barros

3300 1287
EVF.

Data : 03/07/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 01.497.738/0001-02

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) MARCELLO RIBEIRO BARROS encontra-se em tratamento pós-operatório por patologia de CID: S82.8 (fratura do tornozelo esquerdo), devendo ausenta-se de suas atividades por um período de noventa (90) dias para tratamento traumatológico e fisioterápico de reabilitação.

À disposição

Fortaleza, 03 de julho de 2018

RECEBEMOS

03 OUT 2018

622620 0003
Consumidor
Av. Boa Vista 10

Maria Gecinside F. Nobre
Corretora de Seguros Erali
CNPJ:21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

03 OUT 2016

Maria Gecinelde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CHPJ 21.487.706/0001-06

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Nome: 037.746.653-03

Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento: 27/09/1989

RECEBEMOS

03 OUT 2010

Maria Gecinete F. Nobre
de Seguros Eletro
87.736.000-01-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RJ	013566473526	VERIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1	1	VIA:	COD. PEGAVAM
3	3	NOME:	EXPIRAÇÃO:
1	1	01 00581229938	2016
0	0	NOME:	
6	6	CIA CIA DE BEB E ALL S FRANCISCO	
2	2		
6	6		
0	0	OPC. INI: 005852890000195 PAGA: 04	
0	0	04/2010 PAGA: 04/2010	
0	0	NOVO AM.	90220413000010733
0	0	ESPECIE TIPO: MOTO / MOTOCICLETA / ENHILMA COMBUSTIVEL:	
0	0	MOTOCICLETA / ENHILMA GASOLINA	
0	0	HONDA/CG 125 CARGO EK	013 2019
0	0	DAT. PEG. FABR.: 013 2019	DATA PEG. INICIO: 013 2019
0	0	IFV: 0,153/124CC PARTIC.	VERMEUCH
0	0	001 UNICA	VEÍC. VENDIDA:
1	1	FUNGO EM	11/11/11
5	5	VENDA: PV	11/11/11
5	5	AHORRAMENTO / COFRE:	21/11/11
5	5		13/11/11
ANEM: TIRADÃO: R\$ 10,00	PAGAR TOTAL: R\$ 165,50	DATA DE PAGAMENTO:	
80,65	0,70		28/02/10
OBSERVAÇÕES:			
SEN RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL: MACEIO - AL 07 DATA: 01/03/2010			
ACORDO: AUTOMÓVEL NOVO CONTRATO PRE-2006			
PRES:			

SEGURADO OBRIGATÓRICO AUTOMÓVEIS DE VIAGENS TRANSPORTES	
AL. Nº 013566473526	
0	
1	
3	
1	ESTE É O S
0	PARA MAIS
0	DETALHES
6	DESEJADA
2	SAC
6	
0	
0	
0	01 00581229938
0	ANDARES: 100% 2013 9
0	
0	
0	01,29
0	VALOR DO PAGAMENTO: 4,15
0	
0	
0	013566473526

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200242949 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS Data do acidente: 02/07/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE(PLACA E PARAFUSOS)(P.3,5,8) ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @5

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200242949 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE(PLACA E PARAFUSOS)(P.3,5,8) ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @(5)CONFORME DOCUMENTO MÉDICO(PÁGINA 5), COM DATA DE 25/09/2018 EMITIDA PELO DR.BRUNO BRITO BOTELHO CRM/CE 9329 DO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE, INFORMANDO EVOLUÇÃO SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS E ALTA MÉDICA.
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363564/18

Número do Sinistro: 3180463819

Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS

CPF: 037.746.653-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/07/2018

MARCELLO RIBEIRO
BARROS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/02/2019
Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS
CPF: 037.746.653-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARCELLO RIBEIRO BARROS

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190239/20

Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS

CPF: 037.746.653-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/07/2018

MARCELLO RIBEIRO
BARROS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELLO RIBEIRO BARROS : 037.746.653-03

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: 08/07/2020
Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS
CPF: 037.746.653-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

MARCELLO RIBEIRO BARROS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA