
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

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



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, 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 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 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 a 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").

Nome do Sinistado ou ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

037-746-653-03

moreno Ribeiro Barros

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

moreno Ribeiro Barros

CPF titular da conta

037-746-653-03

Profissão

recurso

Endereço

Rua K Lot Parque Verde

Número

334

Complemento

Cidade

Carindezinho

Cidade

Portaleza

Estado

CE

CPF

60732-443

Fone

Telefone (0800)

085198774-9995

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

☒ R\$ 0,00 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

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASILCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

CASA ECONÔMICA FEDERAL (004)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome Bradesco

Nº

237

AGÊNCIA

0758

CVV

7

CONTA

Nº

18306

CVV

7

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

CVV

CVV

Informe dígito se existir

Informe dígito se existir

Informe dígito se existir

Informe 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 do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ass e 29 de Setembro de 2018

Local e Data

RECEBEMOS

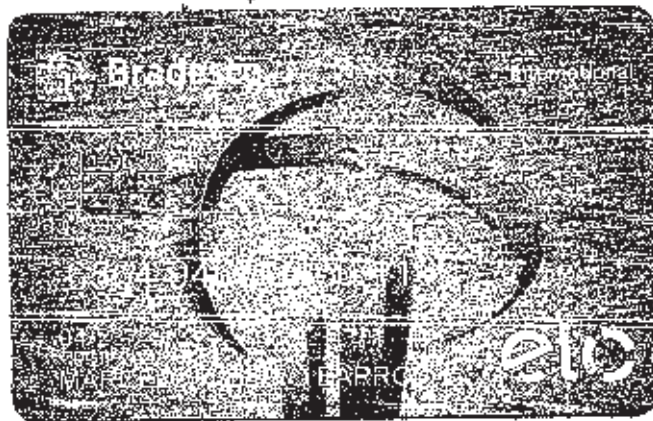
03 OUT 2018

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Moreno Ribeiro Barros
Corretora de Seguros Elirel
CNPJ: 21.487.736/0001-06



RECEBEMOS

03/11/2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-08





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 Nº 301 - 4074 / 2018

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 UNITEXTIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCELLO RIBEIRO BARROS** **RECEBEMOS**
 Nascimento: **27/09/1989** CPF: **037.746.653-03**
 RG: **2002010208132** Orgão Emissor: **SSPDS** **03 OUT 2018 UF: CE**
 Filiação: **MARIA NEUDA RIBEIRO BARROS**
MARCIO SOUZA BARROS
 Endereço: **RUA K LOT PARAISO VERDE, 324** Maria Cecineide F. Nobre
 Bairro: **CANINDEZINHO** Corretora de Seguros Eireli
 Município: **FORTALEZA/CE** CNPJ: 21.487.736/0001-08
 País: **BRASIL** CEP: **60.732-443**
 Telefone: **(85) 98686-1767**

Dados do(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

JAIME ARARIPE
 Serviço Registral

Região G/L das Pesquisas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
 Av. Jaime de Almeida Araripe - Torre 1 - 84. Colúmbio - Distrito de Antônio Bezerra - Itaitinga
 Av. Mourão, 490 - CEP 62056-000 - Fortaleza - Ceará (081) 215-3301 - jara@mpsp.mt.gov.br

AUTENTICAÇÃO - Certifica que esta fotocópia é reprodução

de original que se encontra representado.

Realizada em 18 de setembro de 2018, às 10:04:22, no teste de verificação.

Assinado digitalmente por Cristiano Alex Nogueira da Silva - MAT.: 300518-1-5

Para obter o código de verificação de autenticidade, consulte o site





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 Nº 301 - 4074 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Nobre Roberto Barros

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Getíndia F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.733/0001-02



Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0500 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

marcelo Ribeiro Bangs

CPF da Vítima

037.746.653-06

Data do Acidente

02.07.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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 6.194/74), 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atenda 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 6.194/74.

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.

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecília F. Nobre
Coordenadora de Seguros Evid
CNPJ: 21.487.736/0001-03

Esta 29 de Setembro de 18

Local e Data

Marcelo Ribeiro Bangs

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Vida & Imagem
CENTRO DE DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAP FORTALEZA

Nº Pedido: 25843779

Data 02/07/2018

Pag. 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

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

Endereço...: R RUA: CURITIBA 542 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60542300 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

FRATU TORNOZELO ESQUERDO

Exame:

TC TORNOZELO ESQUERDO

!VzRáV

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 tibiotalar. Há desalinhamento dos fragmentos ósseos.

- Adensamento de planos adiposos do tornozelo, compatível com edema/hematoma.

CONCLUSÃO:

LAUDO DESCRITIVO.

* Exame documentado em CD.

Manuela Cardoso de Oliveira

MANUELA CARDOSO DE OLIVEIRA - CRM 21626-BA

RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Gacineido F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.739/0001-06

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

BRDESCO210720200500000000002370075800000001830684375 PAGO

3475311

Para utilizar este documento, utilize o e-mail
utilizado para emitir em cartão eletrônico.Atoriz. Extra de Energia Elétrica
at. extra para Lei nº 10.499
de 26 de abril de 2002Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valcyrino, 180
CEP 60735-046 Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 ICSF 08 306 206-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - SÉRIE B-4 Nº 542288295

Nota 13 01250 31 110620 - 6

Data de Emissão 20/09/2018

Nome MARIA WILHEMYA MORA DE OLIVEIRA

End. Postal RU K LOT PARAISO VERDE 00324

CANINDEZINHO - FORTALEZA - 60732443

Medidor 14170087

Poste 1251 GS00

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 185907243-34

CSF

Nome do Responsável

DATA

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês da

Data da

Previsão

Veja a legenda para classificação de nota.

Previsão

Conjunta

Mês

Jul/2018

956,45,94

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

Mês

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Geckneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eneil
CNPJ: 21.467.735/0001-06

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.

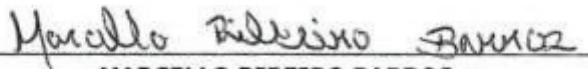
Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS
Ano: 2013/2013
Placa: OHJ5326
Chassi: 9C2JC4130DR010733
Cor: VERMELHA
Data do Sinistro: 02/07/2018

Fortaleza, Ceará, 02 de janeiro de 2019.

CARTORIO
JEREISSATI


NORSA REFRIGERANTES S/A
Declarante

CARTORIO
JEREISSATI


MARCELLO RIBEIRO BARROS
Condutor/Vítima



CARTÓRIO JEREISSATI – REGISTRO CIVIL DA 1ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS – ESTADO DO CEARÁ
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL - MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO
R. Major Fausto 706 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 61.025-909 - TEL: (85) 3233-2153 - FAX: (85) 3233-2084 - cartorio@cartoriojereissati.com.br

Cód. (3139486640130) 70 Reconheço por SEMELHANÇA as assinaturas de **MARIO ANTONIO VERONEZI, BERNARDO JEREISSATI LEGEY**. Fortaleza, 8 de janeiro de 2019.
Em teste da verdade. **ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES (ESCREVENTE)** Valor Total R\$ 8,00.
Válido somente com o selo de autenticidade.

ESCREVENTE
ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CM 462311

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CM 462310

VDHF



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAP FORTALEZA

APPedido: 25859042

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

Matricula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) BRUNO DE BRITO BOTE

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

!V{aOE

5188624431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fíbula 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 a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínica radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

RECEBEMOS

03 JUL 2018

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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA 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.: 03774665303

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

Tel.: 989615110

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

!W^7d8

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 a 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

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-TM

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.457.736/0001-06



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO 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

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.

Medicamentar o tomazolo.

Retorno para reavaliar o curativo em 15 dias.

Retorno para nova avaliação e tratamento em 30 dias.

*Marcello Ribeiro
Barros
33001287
EVF.

RECEBEMOS

03 JUL 2018

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

Dr. Bruno B. Botelho
Oncologia e Radioterapia
CRM: 9320-1/CE-01433

RECEBEMOS

BRUNO DE BRITO BOTELHO

10/07/2018 07:17

1922554101



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECRITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
Nome Completo: BRUNO DE BRITO BOTELHO	
CRM: 9329	UF: CE
AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel. 32694001	
Cidade: FORTALEZA	UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente

60055-540
FÁTIMA
BRUNO DE BRITO BOTELHO

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Endereço: K 324 SIQUIRA 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 + MICROPORE 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 brun ou dr rafael

* marcello Ribeiro Barros
33001287
E.V.F.

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 Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.497.731/0001-02



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

Maria Geórgia F. Nobre
Corredora de Seguros Exali
CNPJ: 21.487.736/0001-06

622330-1000
Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Bruno Roberto
Mendes Costa

RECEBEMOS

03 JUL 2018

Maria Cecineide F. Nobre
de Seguros Eireli
1697.736/0001-05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RJ		Nº 013566473526	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RECIBO	EXERCÍCIO
01	00584229838		2018
NOME			
CSA CIA DE BEB E ALI S FRANCISCO			
CNPJ		CNPJ	
00965289000195		0096528	
PLACA		CATEGORIA	
NOVO AM		9C2JC41300B010733	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
CAR/MOTOCICLO/VEHICULO		GASOLINA	
HONDA/CG 125 CARGO RV		2013 2019	
DAP POT / OL		CATEGORIA	
18/ 0,153/124CCPARTIC		VERMELHA	
COTA UNICA		VENIC. COTA UNICA	
1. PAGO EM		1.1. 1.1. 1.1. 1.1.	
V. PAGA PVA		2. 2. 2. 2.	
A. 1.1. 1.1. 1.1. 1.1.		3. 3. 3. 3.	
PREM. TAREFAS (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
80,65		185,50	
DATA DE PAGAMENTO		28/02/18	
SEM RESERVA DE DOMINIO			
LOCAL			
NACELO - AL RJ			
DATA			
01/03/2018			
ACORDO			
PRESENTE			

SEGUR. OBRIGATORIO
AUTOMOTORES DE VI
TRANS

ALTIº 013566

ESTE É O
PARA MAIS
DE CURSOS

SA

RENAVAM
00584229838

ANO FEE
2013 9

FMS (R\$)
41,29

CUSTO DO ALIQUOTADO
4,15

COTA UNICA

SEGU

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

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:

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 EVIDENCIA 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/07/2018

Titular do CPF: MARCELLO RIBEIRO BARROS

CPF de: Próprio

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

MARCELLO RIBEIRO BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190239/20

Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS

CPF: 037.746.653-03

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/07/2018

Titular do CPF: MARCELLO RIBEIRO BARROS

CPF de: Próprio

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