

---

**Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190564472**

**Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 17/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA**

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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564472                      Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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, 14 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190564472**

**Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 17/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA**

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 237

Agência: 000005440-2

Conta: 000001000148-0

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190564472 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 3º metacarpo direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do 3º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 20°, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do 3º metacarpo direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 17/02/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do 3º metacarpo direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do 3º dedo da mão direita. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional parcial e incompleta do 3º dedo da mão direita, em grau intenso, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

**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: 3190564472

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIA BARROS DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): RU MARIA CLARICE TAVARES, 0, , 62.200-000, VERMELHO, Nova Russas/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP SP / 253505483

Data e local do acidente: 17/02/2019 - Nova Russas/CE

Data e local do exame: 27/01/2020 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura do 3º metacarpo direito.

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 medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do 3º metacarpo direito. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no 3º dedo da mão direita, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do pericárdio.

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

Ao exame físico do 3º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 20°, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexos 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 funcional parcial e incompleta do 3º dedo da mão direita, devido à redução da mobilidade.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo 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.

3° Dedo da Mão Direita - Intenso - 75%

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

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









**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Impresso nº 2019239914

BOLETIM DE Ocorrência Nº 610 - 311 / 2019



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **12/04/2019 08:34:16**  
Data / Hora da Ocorrência: **17/02/2019 09:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA 265**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência: **ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A TAMBORIL**

**Noticiante(s)**

Nome: **ANTONIA BARROS DE SOUZA**  
Nascimento: **29/06/1966** CPF:  
RG: **253505483** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **FRANCISCA MARIA DE MESQUITA**  
**PEDRO LOPES DE BARROS**  
Endereço: **RUA MARIA CLARICE TAVARES, 704**  
Bairro: **PANTANAL**  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
País: **BRASIL**

CEP: **62.200-000**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNJ2368** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi:  
**9C2KC1660FR049007** Renavam: **1063432372** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano  
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **BRANCA** Proprietário: **JOSE ALMIR DE SOUZA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

informa a noticiante que foi vítima que foi vítima de acidente de trânsito; Que é habilitada na categoria "AB", registro 06446817586/CE; Que na data e horários acima mencionados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN EX 2015/2015, COR BRANCA, PLACA: PNJ2368, pela estrada CE 265, que liga NOVA RUSSAS A TAMBORIL quando em dado momento que devido sofrer de labirintite, em dado momento sentiu tonturas, perdeu o controle da motocicleta e caiu; Que com a queda chocou-se cm o solo; Que logo após o acidente foi socorrida para o HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ GONÇALVES ROSA em NOVA RUSSAS; Que ficou constatado que a noticiante sofreu uma fratura na mão direita; Que o fato foi registrado em radiograma da Polícia Militar; E nada mais disse.///

As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes dos arts 339 e 340 do CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS**

x *Antônia*

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Consolidado em: 12/04/2019 09:03:16

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/04/2019 09:03:16



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS



Impresso nº 2019239914

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 610 - 311 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

Wanderley Vieira Lima  
**WANDERLEY VIEIRA LIMA - MAT.: 3012376X**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Antonia Laila Souza

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

Francisco Jailton Silva Rodrigues  
**FRANCISCO JAILTON SILVA RODRIGUES - MAT.: 30120361**





BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.012,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA BARROS DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05440-2

CONTA: 000001000148-0

Nr. Autenticação

BRDESC00403202005000000000023705440000001000148101250 PAGO



NP do Cliente:

1833419

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.444 de 28 de abril de 2002.

Companhia Energética de

Rua Padre Vitorino, 100

CEP 02135-040 | Foz de Iguaçu

CNPJ: 07.047.281/0001-00 | CGF 06.105.843-3

enel

Para agilizarmos o atendimento, utilize o e-mail: [clientes@enel.com.br](mailto:clientes@enel.com.br)

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: 008954975

Rota: HR017U03

Referência: 07/2019

Nome: JOSE ALMIR DE SOUZA

Endereço: RU MARIA CLARICE TAVARES, 00000, VERMELHO,

Classificação: 62200-000, NOVA RUSSAS

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL

Ligação: Monofásica

Emissão: 26/07/2019

Medidor: 2050865 - FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

46952E20W770C902E9870C5F864

DATAS DE LECTURA P.F. 1-52 dias

Anterior: 24/06/2019

Atual: 26/07/2019

Próxima prevista: 26/08/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Rel. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	45,754	45,415	1,380	349	80	0,75146	265,75

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	51,71
CONSUMO	0,75146	265,75
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01745	0,09
BÔNUS ITAIPU	-	-3,16

Contato

88.992904404

88.996037786

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	271,84	27,00	73,39
PIS	271,84	0,62	1,67
COFINS	271,84	2,86	7,76

VENCIMENTO: 02/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 320,39

CONSUMO CONSCIENTE

0770000 293.795.023-91

Emissões de CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Companhia e suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg CO<sub>2</sub> Compensação kg CO<sub>2</sub> Divergência Ecológica (kg CO<sub>2</sub>)

136,24 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde: 25/06 - 30/06 Amarela: 01/07 - 26/07

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
REC 03 OUT 2019  
Nome:

7591441

Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Vitorino, 190  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 02041281/0001-70 | CDP 06.105.848-3

Para utilizar este atendimento, utilize o nº de acesso  
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 BOMBA D'ÁGUA Nº 007563200

Rota NR018U03 Referência 08/2019  
Nome ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA  
Endereço RU HERMENEGILDO MARTINS, 00323 - AP APTG,  
Classificação VERMELHO, 62200-000, MCVA RUSSAS  
Modalidade Tarifária Residencial Pleno Emissão 27/08/2019  
Ligação B1 RESIDENCIAL Medidor 5743458-015-076

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DATAS DE LEITURA  
Anterior 15-08-2019 Atual 15-08-2019 Próxima prevista 29-09-2019

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo Mês (KWh)	Consumo Incl. (KWh)	Consumo Excl. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
EP	7.118	6.957	1.20	161	60	161	0,80814	130,11

DADOS DO FATURAMENTO TARIFA VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	23,77
CONSUMO	0,80814	130,11
JUROS MORATÓRIOS	-	1,09
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00273	0,44
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05298	8,53
MULTA	-	2,52

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	139,08	27,00	37,55
PIS	139,08	1,35	1,85
COFINS	139,08	6,16	8,55

VERBAMENTO 15/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 166,46

CONSUMO COMPENSADO 416.362.523-20

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/KWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consistência Ecológica (NCO) 0 100

62235/2020/00-100-1000

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$149,03). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. N° Cliente: 000007591441.

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 28/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 27/08

DEBITOS ANTERIORES  
MES ANO VALOR (R\$)  
07/2019 149,03  
Total: R\$ 149,03

Nº do Cliente: 7591441 Referência: 08/2019 V: [1.0.0.4]  
Data de Emissão: 27/08/2019 Total a Pagar (R\$): 166,46  
Nº da Nota Fiscal: 007563200 Nº de Controle: 50000887758

838400000014 66460031020 0 00217950007 0 000075914417



838400000014 66460031020 0 00217950007 0 000075914417

A Santa Social de Energia Elétrica





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO ELIEZ PEREIRA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 416.362.523-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIA BARROS DE SOUZA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390.675.213-53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIA BARROS DE SOUZA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390.675.213-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:


Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

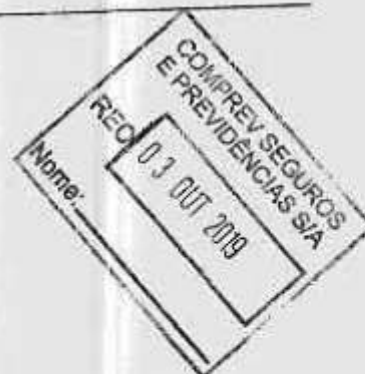
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas de lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. HERMENE GILDO MARTINS</u>	Número: <u>323</u>	Complemento:
Bairro: <u>PATRONATU</u>	Cidade: <u>NOVA RUSSA</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail:		CEP: <u>62.200.000</u>
		Tel. (DDD):

Local e Data: NOVA RUSSA 30.09.2013

  
Assinatura do Declarante







PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

**Hospital Municipal José Gonçalves Rosa**  
**R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE**  
**Timbaúba - C.E.P: 6 200-000**  
**www.novarussas.ce.gov.br**

CNPJ:  
Telefone: (88) 3672-6035  
Email: email@hotmail.com

### FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: <b>17843 ANTONIA BARROS DE SOUZA</b>		Data - Hora <b>17/02/2019 - 10:00</b>		Atendimento <b>30498</b>	
Cartão Nacional de Saúde(CNS) <b>888004276691372</b>		Documento		Data de Nascimento <b>29/06/1976</b>	Idade <b>42</b>
Nome da Mãe <b>FRANCISCA MARIA DE MESQUITA</b>		Nome do Pai <b>PEDRO LOPES DE BARROS</b>		Tel.: Contato <b>88-99450-052</b>	convênio <b>SUS BPA</b>
Endereço: <b>MARIA CLARICE TAVARES</b>		Nº: <b>704</b>	Bairro: <b>PANTANAL</b>	Cidade/UF <b>NOVA RUSSAS/CE</b>	CEP <b>62200000</b>
Médico:		P.S.F: <b>PANTANAL</b>		Agente de Saúde:	

#### História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal:

História:

*Queixa Principal: Dor no membro superior direito, dor no membro inferior direito, dor no membro superior esquerdo, dor no membro inferior esquerdo.*

#### Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C  
Frequência Cardíaca: 86 bpm

Glicemia:

Peso:

Pressão Arterial: 140X10 mmHg

Frequência Respiratória:

SpO2: 98%

Altura:

IMC:

Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. REFERE ALGUA DIFICULDADE DE MOVIMENTAR MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO. EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.

Escala de Glasgow:

#### Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

#### Conduta/Tratamento

#### Medicamentos

#### Exames Solicitados

Prescritor / Ivenaldo

*Dr. Marciano de Oliveira*

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável Saída

*Ass. Paciente ou Responsável Saída*





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
CNPJ 60.975.737/0076-79  
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

Impressão: 16/04/2019 12:45

Página 1

12018001

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA necessita afastar-se de suas atividades de 16/04/2019 (terça-feira) até 16/05/2019 (quinta-feira), para tratamento médico.

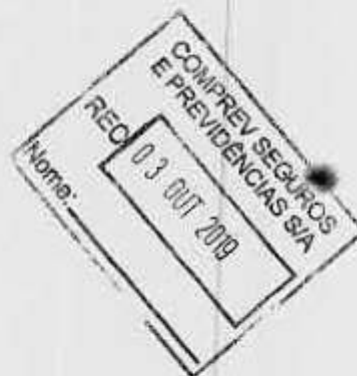
Observações

FRATURA DO 3º METACARPO D

CRATEUS - CE, 16 de abril de 2019 - 12:45

JAMIL SANCHES JORQUE, CRM 6945

*Dr. Jamil Sanches Jorques*  
CRM 6945





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO  
Centro de Especialidades da Saúde  
Dr. Francisco Scarceia Jorge  
SETOR DE FISIOTERAPIA  
Nova Russas, CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antônia Barros de Souza

Endereço: R. Maria Cláudia Soares, 704 Pantanal

Declaro para os devidos fins de direito que a paciente supracitada foi encaminhada para o tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de fratura do 3º metacarpo da mão direita. Foi realizado 15 sessões de fisioterapia noite e dia durante o período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Fisioterapeuta

CREFHO 28290 - F

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Carimbo e Assinatura

30/08/2019

Data

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.  
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

**Hospital Municipal José Gonçalves Rosa**  
**R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE**  
**Timbaúba - C.E.P: 6 200-000**  
**www.novarussas.ce.gov.br**

CNPJ:  
Telefone: (88) 3672-6035  
Email: email@hotmail.com

### FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: <b>17843 ANTONIA BARROS DE SOUZA</b>		Data - Hora <b>17/02/2019 - 10:00</b>		Atendimento <b>30498</b>	
Cartão Nacional de Saúde(CNS) <b>888004276691372</b>		Documento		Data de Nascimento <b>29/06/1976</b>	Idade <b>42</b>
Sexo <b>F</b>		Nome da Mãe <b>FRANCISCA MARIA DE MESQUITA</b>		Nome do Pai <b>PEDRO LOPES DE BARROS</b>	Tel.: Contato <b>88-99450-052</b>
convênio <b>SUS BPA</b>		Endereço: <b>MARIA CLARICE TAVARES</b>		Nº: <b>704</b>	Bairro: <b>PANTANAL</b>
Cidade/UF <b>NOVA RUSSAS/CE</b>		CEP <b>62200000</b>		Médico:	
P.S.F: <b>PANTANAL</b>		Agente de Saúde:			

#### História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal:

História:

*Queixa Principal: Dor no abdômen  
Historia: A.C. C.M. de 53 anos*

#### Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C

Frequência Cardíaca: 86 bpm

Glicemia:

Peso:

Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

REFERE ALGUA E DIFICULDADE DE MOVIMENTAR MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO.

EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.

Escala de Glasgow:

Pressão Arterial: 140X10 mmHg

Frequência Respiratória:

SpO2: 98%

Altura:

IMC:

#### Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

#### Conduta/Tratamento

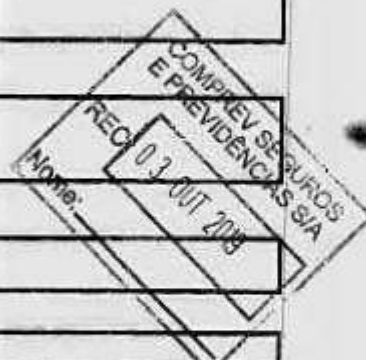
#### Medicamentos

#### Exames Solicitados

#### Prescritor / Ivenaldo

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável Saída







SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
CNPJ 60.975.737/0076-79  
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

Impressão: 16/04/2019 12:45

Página 1

12018001

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA necessita afastar-se de suas atividades de 16/04/2019 (terça-feira) até 16/05/2019 (quinta-feira), para tratamento médico.

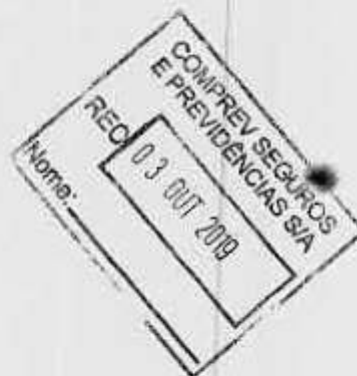
Observações

FRATURA DO 3º METACARPO D

CRATEUS - CE, 16 de abril de 2019 - 12:45

JAMIL SANCHES JORQUE, CRM 6945

*Dr. Jamil Sanches Jorques*  
CRM 6945





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO  
Centro de Especialidades da Saúde  
Dr. Francisco Scarceia Jorge  
SETOR DE FISIOTERAPIA  
Nova Russas, CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antônia Barros de Souza

Endereço: R. Maria Cláudia Soares, 704 Pantanal

Declaro para os devidos fins de direito que a paciente supracitada foi encaminhada para o tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de fratura do 3º metacarpo da mão direita. Foi realizado 15 sessões de fisioterapia noite e dia durante o período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Fisioterapeuta

CREFTO 28290 - F

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Carimbo e Assinatura

30/08/2019

Data

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.  
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS  
SSM - Secretaria de Saúde do Município  
SUS - Sistema Único de Saúde  
**RECEITUÁRIO**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

*RELATORIO MÉDICO*

*Atesto para os devidos fins, que  
Antônia Barros de Sousa foi vítima  
de acidente de trânsito, ocorrido em  
17/02/19, apresentando fratura no  
3º metacarpo da mão direita com  
deformidade de 60%, submetida a  
tratamento conservador. Encaminhada  
de alta definitiva.*

*TRINHA ROBERTO  
MÉDICO  
CRM 5379*

15/01/2020  
Data

Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.  
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.




**VALORES EM TODOS**

**PROMOTE PLASTIFICATION**





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA : 416.362.523-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ANTONIA BARROS DE SOUZA : 390.675.213-53

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](http://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: 03/10/2019  
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA  
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
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-0342344/19

**Número do Sinistro:** 3190564472

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 16/01/2020  
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA  
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

## PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIA BARROS DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão NÃO DECLAROU, residente e domiciliado à Rua MEN CARLOS JAVARCS nº ....., bairro VERMELHO, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CEARA, Cep: 62.200-000, portador(a) do Rg nº 253.505484, SSP/ CE e CPF nº 390.678.213-53.

Outorgado: ANTONIO ELIZIO PEREIRA OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão NÃO DECLAROU, residente e domiciliado(a) à Rua HERMENEGILDO MARTINS nº 223, bairro PATROMITO, Município de NOVA RUSSAS, Estado de (o) CEARA, Cep: 62.200-000, portador (a) do RG nº 950022816 SSP/ CE e CPF nº 416.362.523-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA, ocorrido em 17.1.02.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo: INACIDG 2.

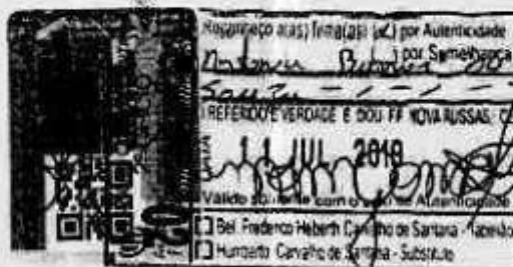
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

NOVA RUSSAS, 09 de JULHO de 2019.

2º Ofício  
NOVA RUSSAS - CE

Antonia Barros de Souza  
Outorgante  
CPF Nº .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS  
2º Ofício  
Nova Russas - Ceará  
Marta Alice Martins Gomes  
Exerciente Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA : 416.362.523-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ANTONIA BARROS DE SOUZA : 390.675.213-53

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](http://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: 03/10/2019  
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA  
CPF: 416.362.523-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

**Número do Sinistro:** 3190564472

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 16/01/2020  
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA  
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA