

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ARI ALVES MENDONCA

Nº Sinistro: 3180347161

Vitima: ARI ALVES MENDONCA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180347161**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13160688



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARI ALVES MENDONCA**

Nº Sinistro: **3180447698**

Vitima: **ARI ALVES MENDONCA**

Data do Acidente: **25/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180447698**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13431263



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ARI ALVES MENDONCA

Nº Sinistro: 3180447698

Vitima: ARI ALVES MENDONCA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180447698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13453306



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ARI ALVES MENDONCA
Nº Sinistro: 3180447698
Vitima: ARI ALVES MENDONCA
Data do Acidente: 25/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180447698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13510375





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, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180447698

Vítima: ARI ALVES MENDONCA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180447698 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARI ALVES MENDONCA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MÚLTIPLAS COSTELAS À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ívone S. Valice

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

771.145.073-42

Nome completo da vítima

Ami Alves Mendonça

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Ami Alves Mendonça		771.145.073-42		Autônomo	
Endereço		Número		Complemento	
Rua - Borge		31			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Pici	Fortaleza	ce	60510-570	85.9147.7500	
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

1887

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

Nº.

44204

D/V

4

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº.

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Fortaleza, 20 de julho de 2018.

Local e Data

Ami Alves Mendonça

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180447698
Nome do(a) Examinado(a): Ari Alves Mendonça
Endereço do(a) Examinado(a): R Bage, 31
Pici Fortaleza CE CEP: 60510-570
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94027012466
Data local do acidente: [25/06/2018]
Data local do exame: [19/12/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURAS MÚLTIPLAS DE COSTELAS À DIREITA

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO COM COLETE, SEM FISIOTERAPIA

Complicações: SEM

Data da Alta: 04/12/2018

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

LESÃO NERVOSA INTERCOSTAL COM LIMITAÇÃO ANTÁLGICA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO

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

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

SEQUELA RESIDUAL DE ESTRUTURA TORÁCICA PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS
CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO
COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA,
RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.**

% do dano: ☒ **10% residual** ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3082 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/07/2018 14:05:09**Data / Hora da Ocorrência: **25/06/2018 17:40:00**Endereço da Ocorrência: **RUA PROFESSOR EDGAR ARRUDA**

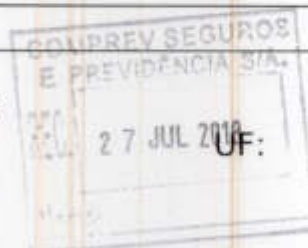
Complemento:

Bairro: **HENRIQUE JORGE**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ARI ALVES MENDONÇA**Nascimento: **03/05/1977** CPF: **771.145.073-72**RG: **94027012466**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MAURICIA ALVES MENDONÇA****FRANQUIM RODRIGUES MENDONÇA**Endereço: **RUA BAJE, 31**Bairro: **PLANALTO PICI**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 98672-4706****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NRC4759** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BM3840679B666720** Renavam: **170091597** Tipo do Veículo: **ONIBUS**
Marca / Modelo: **M.BENZ/MPOLO TORINO U** Ano Fabricação: **2009** Ano
Modelo: **2009** Combustível: **DIESEL** Cor: **AZUL** Proprietário: **EMP DE**
TRANSP SANTA MARIA LTDA Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PMK4287** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810FR423377** Renavam: **1040454027** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA**
Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015**
Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ARI ALVES MENDONCA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMK-4287 NA RUA PROFESSOR EDGAR ARRUDA, A VITIMA INFORMA QUE A SINALIZAÇÃO DE PREFERENCIAL ESTAVA ENCOBERTA POR ARVORES E A SINALIZAÇÃO DE "PARE" QUE FICA NA VIA NÃO TINHA, QUE A VITIMA PAROU OLHOU PARA OS LADOS E SEGUIU VINDO A COLIDIR COM UM ONIBUS DE PLACAS NRC-4759, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.

//////////

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 19/07/2018 14:25:00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3082 / 2018

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Sri Alves Mendonça</i>	CPF da Vítima <i>771.145.073-72</i>	Data do Acidente <i>25/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>85.9147.7500</i>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Fortaleza 20 de julho de 2018.

Local e Data

Sri Alves Mendonça

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO

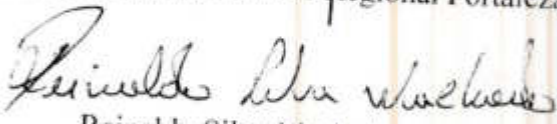
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Ari Alves Mendonça**, no dia **25/06/2018**, às **18h10min**, na **Rua Professor Edgar Arruda**, no **Bairro Henrique Jorge**, vítima de acidente de trânsito.

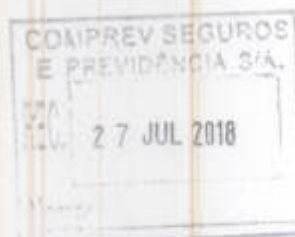
Documento requerido por meio do Processo nº **P260467/2018**.

Fortaleza, 10 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARI ALVES MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000044204-4

Nr. da Autenticação EACABACFF0379879



Nº de Inscrição:

004664310

DADOS DO CLIENTE

Nome: **ARRILVES MENDONÇA**
Endereço: **RUA BARRA 31, PICO**
Cidade: **FORTALEZA**
Estado: **CE**

CPF: 000.000.000

60510-570

Cidade: **Fortaleza** CEP: **60510-570**
Bairro: **001** Setor: **033** Quadra: **0173** Lote: **0097** Complemento: **0000**
Subsetor: **00** Subquadra: **00**

Atividade: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Pública: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Medição	Medição Semelhante
RODA 1-17-13	670	684	14	15

Última leitura: **14/06/2018** Próxima leitura: **14/06/2018** Última leitura: **14/06/2018**
Última leitura: **14/06/2018** Próxima leitura: **14/06/2018** Última leitura: **14/06/2018**

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo

MEDIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 18 m³ | META: 14 m³.
Constatamos débito de R\$ 92,83. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

SÉRIE DO DÉBITO		Valor (R\$)	MÉDIA DE CONSUMO		
			Mês/Ano	Consumo (m³)	Valor (R\$)
ARCE		11,04	JUN/17	13	1,10
ESGOTO		28,06	JUL/17	11	1,10
MÚLTIPLA DE 2%		1,23	AGO/17	10	1,10
JÚROS DE 0,033% AO DIA		0,28	SET/17	10	1,10
			OUT/17	9	1,10
			NOV/17	10	1,10
			DEZ/17	14	1,10
			JAN/18	10	1,10
			FEB/18	15	1,10
			MAR/18	10	1,10
			ABR/18	13	1,10
			MAY/18	10	1,10

TAXAS SOBRE O PAGAMENTO		Valor (R\$)	VALOR DO SERVIÇO		Valor (R\$)
PIS	0,68		VALOR DO SERVIÇO		90,39
COFINS	3,39		VALOR DO SUBSÍDIO		25,29
			VALOR TOTAL A PAGAR		71,11

06/2018 04/07/2018 71,11

UNDE PAGAR SUA FATURA: 066615074890729 L: 6985 H: 07:42:21 R: 051 P: 002
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC (Banco do Brasil), Caixa, Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 075 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1916, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fortaleza.
Contrôle Administrativo

Cagece
0800 075 0195

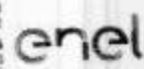
Cagece
MURILLO

previdencia.gov.br

155

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUL 2018



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511403358
Data de Emissão 01/02/2018
Rota 01 01110 66 079000 - 2
Nome FELIPE REINALDO RABELO LEAL
End. Postal RU DO ROSARIO 00077 SA 1402
 CENTRO - FORTALEZA - 60055090
Medidor 25076563
Posto 0000 A06N
Classificação 03 - COMERCIAL, SERV. OUTR. 04 - 0.5.0.A
RG / CPF / CNPJ 785408873-04
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Leitura
Fev/2018	01/02/2018	02/03/2018

ÍCMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
177,34	27,00%	47,88

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9908.903F.2062.700D.4473.627F.0701.097V

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual: 18589 Leil. Anterior: 18250 Const.: 1.00 Cons. Ind.: 255 Cons. Pés.: 0.00 Tarifa (R\$/kWh): 0.00472 Valor (R\$): 177,34

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/01/18 - 02/01/18	29.048	259

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS	177,34
MULTA MORATORIA REF 11/2017	2,24
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS	2,67
JUROS DO MÊS	3,51
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	63,28
TAXA DE RELIGACÃO	7,43
TIT CAPITAL BOA ACAD BOA SORTE-0300 600 0560	2,99

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Perfis	88,92
Variação	5,82
Atividade	11,11
Carregos Setoriais	54,64
Tributos (ICMS PIS COFINS)	177,34
TOTAL	259,46

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
185	29.048	259
177	20.1	177
152	15.1	138
138	13.8	127
127	12.7	116
116	11.6	105
105	10.5	94
94	9.4	83
83	8.3	72
72	7.2	61
61	6.1	50
50	5.0	39

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Restante (kg CO ₂)
111,94	0,00	111,94

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

Período	Valor (R\$)
12/2017	191,00
Total	191,00

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prestado Cliente, constata-se em nossos controles parciais em atraso. Segue o detalhamento do débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar a aviso.

Contas desta fatura são de referência a PIS e COFINS, respectivamente 210,200% e 10,000%.

Caro Cliente, estamos quitando as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

Nº do Cliente: 61898-5
Data de Emissão: 01/02/2018
Nº da Nota Fiscal: 511403358
Referência: Fev/2018
Total a Pagar (R\$): 259,46
Nº de Controle: 0000061898 00522 39042 77
Código de Verificação: 8367000002-8 59460031000-0 0000061898-6 05223904243-6

COMPREV SEGUROS
 E PRESEMANA S/A.
 27 JUL 2018

COMPREV SEGUROS
 E PRESEMANA S/A.
 26 MAR 2018
 Nome: S/efeto

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FELIPE REINALDO RABELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 785.408.813/04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARI ALVES MENDONÇA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 771.145.078-72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ARI ALVES MENDONÇA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.145.073/72, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

1 - Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

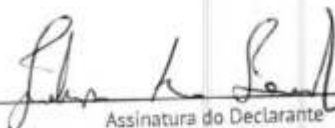
☒ Recuso informar

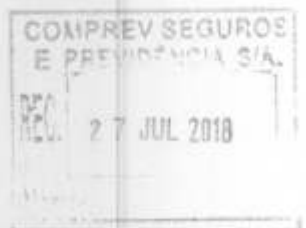
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

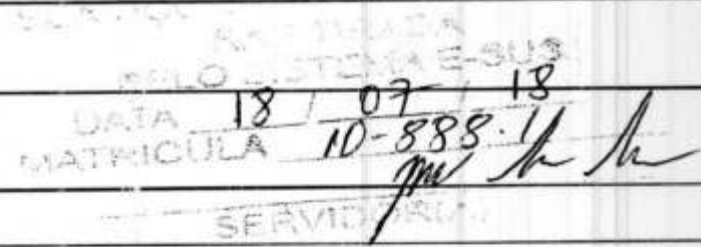
Endereço <u>RUA DO ROSARIO</u>	Número <u>77</u>	Complemento <u>SL 1402</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>FORTALEZA</u>	Estado <u>CEARA</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>3219.7800</u>	CEP <u>60.055-90</u>
		Telefone celular (DDD) <u>9.9793.9084</u>

FORTALEZA, 23 de JULHO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 25/06/2018 18:37:24	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS:		NOME: ARI ALVES MENDONÇA			Registro: 5568844		
CPF: 771.145.073-72	RG: 94027012466	D. NASC: 03/05/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: MAURICIA ALVES MENDONÇA			NOME DO PAI: FRANQUIM RODRIGUES MENDONÇA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: BAGE		Nº: 31	BAIRRO: PICI			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988168711	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60510570			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 06 UFC COND. MENEZES			PARENTESCO:		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus							
QUEIXAS: COLISÃO MOTO / ONIBUS APRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + DOR FORTE + PA++110/50MMHG							
OBSERVAÇÕES: DOR ABOMINAL/FORTE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
 DATA 18/07/18 MATRICULA 10-888-11							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: neuro

Data: 25/06/18 às h

TC. Coluna cervic. ombros
L4/L5
TC de coluna: sem lesões intracranianas
TC de coluna cervic.: normal

CONDUTA: observar ao PCR

Dr. Gilnard Caminha
Neurocirurgião
CRM 10613
ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
Data: / / às h

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: TO

- Politrauma pl. do pescoço
- Col. cervical, nível C4-C5
- Odr em HTD em urg. pres. de lesão

CONDUTA: alta cir. geral

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: pes. cirurgia

Guiseite, J. N. M. D. R. M. O. R. B.
R+ A SEM ALCENAÇÃO ÚSSEM ALUMAS

CONDUTA: ps. Alta de T.O.

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Vascular

Politrauma. Fratura de costelas à direita
Enfermeia, Atuel. Raio X: sem lesões ou fraturas
G: fulgência e obstrução. Repetir Rx torax em 6h de

CONDUTA: alta cir. geral

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Dexametasona 100mg + 100ml SF EV q8h
- 2) Paracetamol 2:13 ml AD EV q8h

3) Dexametasona 2FA + 100ml SF EV q8h

3) Propofol 100mg + 100ml SF EV q8h

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)
P.A: 104 x 62
T: 37,5
FC: 105 bpm
FR: 20 rpm

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão
☐ Óbito

Data: / / às h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: / / às h

Destino do corpo: ☐ PEOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							DATA/HORA: 25/06/2018 18:37:24
CNS:	NOME: ARI ALVES MENDONÇA			Registro: 5568844			
CPF: 771.145.073-72	RG: 94027012466	D. NASC: 03/05/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: MAURICIA ALVES MENDONÇA				NOME DO PAI: FRANQUIM RODRIGUES MENDONÇA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: BAGE		Nº: 31	BAIRRO: PICI		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 988168711	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60510570		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 06 UFC COND. MENEZES			PARENTESCO:		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CHAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus							
QUEIXAS: COLISAO MOTO / ONIBUS APRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + DOR FORTE + PA=110/50MMHG							
OBSERVAÇÕES: DOR ABOMINAL/FORTE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Paciente vítima de colisão moto-ônibus, com capacete, sem perda de consciência, mas com desorientação.							
Exame Físico: Ao exame: ECG: 15 PIFR							
- PA: 104 x 97 (114) mmHg FC: 103 bpm SATO2: 98%							
Condição: AC: RCR, 2T							
RX: MV ⊕ / A IRA							
EXT: perfundidas							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: # CD: TCC + cervical SVD							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: RX tórax e bacia							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: FAST							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

19h Ari, 07, 419, politrauma, moto x ônibus.
 ECG = 15, wheal cervical, escoriações diversas.
 ausculta limpa, acurso MSE em HV. Abd.
 distendido e doloroso ao toque, passivo
 100ml diurese clara, repõe dor no quadril,
 mobiliza todos os membros.
 Aguarda exames. PA: 164 x 97 (114) mmHg
 SpO2 = 100%. P = 100 bpm. G = 117 mg/dL.

EC < 2seg

Paciente repõe equilíbrio imediato.

INVESTIGADO
 BEIJADO
 36

Kelly



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

EVOLUÇÃO CLÍNICA			
Nome: Ari Alves Mendonça		Nº Reg;/Prontuário: 5568844	
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Enfermaria:	Leito:	Data Nascimento: / /
Diagnóstico:			
DATA	HORA	DADOS CLÍNICOS	
25/06/18	(19:45)	Paciente acordado, verbalizando. Oxigenação em ar ambiente. Sat. O2: 97%. PA= 120x73 (89) mmHg. Encaminhado p/ realização de exames, conforme solicitação médica. Enfa Rita Almeida Dantas	
25/06/18	(20:25)	Paciente realizou exames de imagem. Aguarda parecer do neuro, TO e cirurgia geral. Enfa Rita Almeida Dantas	
25/06/18	(21:15)	Paciente transferido p/ unidade de traumatologia. Tem solicitação de RX de tórax a ser realizado amanhã às 06hs. Enfa Rita Almeida	



DATA **HORA**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

26/06/18

Cirurgia torácica

Tratamento de arteriosclerose
dessecação da aorta supracardíaca.

condição anelítica.

Estômago distendido.

Dr. Jamil M. Zarur
Cirurgia Vascular
CRM: 5681

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC. 27 JUL 2018



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: ARI ALVES MENDONÇA		ID Paciente: 5568844
Data de Nascimento:	Idade: null	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 25/06/2018
LAUDO		

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL – FAST

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor convexo de 3,5 MHz direcionado à detecção de líquido livre em cavidade abdominal. Realizado estudo pormenorizado dos principais recessos abdominais, espaços hepatorenal, esplenorenal e região pélvica.

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL
- Fígado, baço e rins sem alterações ecográficas relacionadas ao trauma.

Pablo Picasso

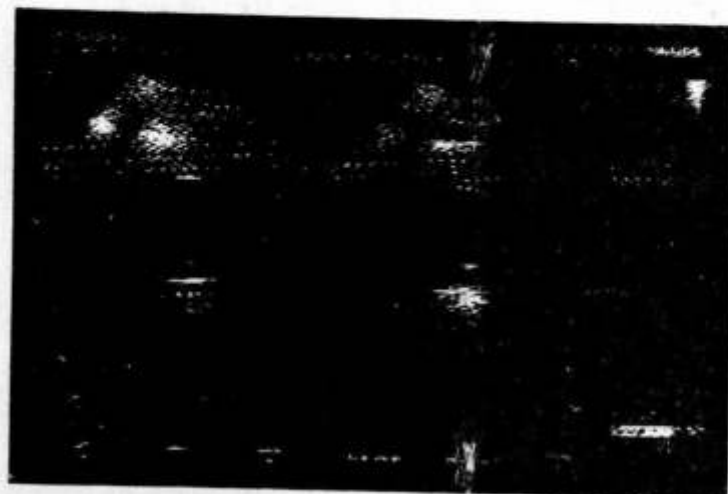
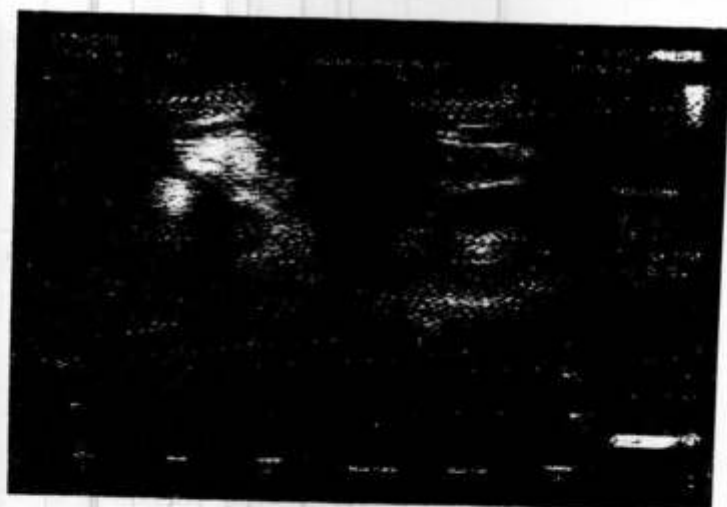
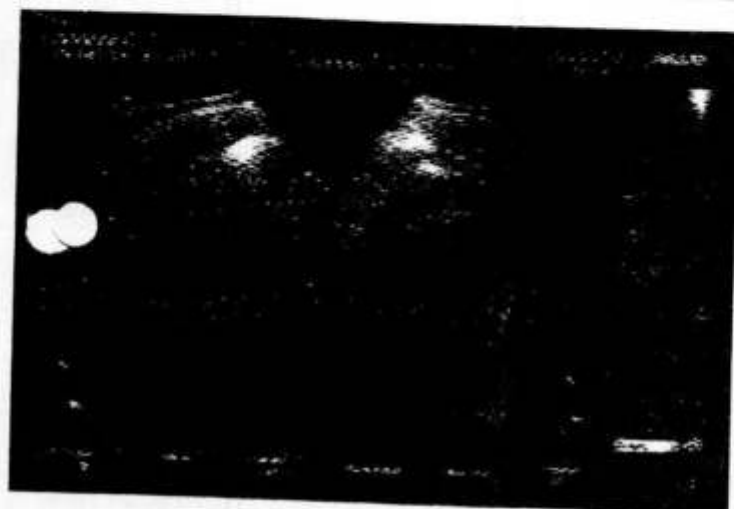
Pablo Picasso de Araújo Coimbra
CRM CE 6806





Paciente (5568844): ARI ALVES MENDONÇA

Sexo: MASCULINO Data: 25/06/2018





ENCAMINHAMENTO DO COLABORADOR AO INSS PARA O SETOR PESSOAL

AO SETOR PESSOAL:

ENCAMINHAR O(A) COLABORADOR(A) ARI ALVES MENDONCA, RE 25025370, AO INSS - AUXÍLIO DOENÇA PREVIDENCIÁRIO, ESPÉCIE Nº31

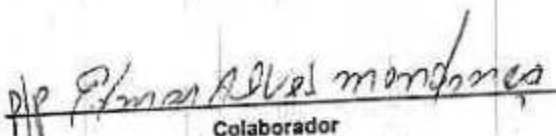
OBSERVAÇÃO: RECONHEÇO 08(OITO) DIAS DO ATESTADO EMITIDO POR DR MANOEL HELDER PINTO, CRM-CE 4698 E 07(SETE) DIAS DO ATESTADO EMITIDO POR DR PEDRO GOMES CRM-CE 16428, AO INSS A PARTIR DE 10/07/2018 CID S22.3/CIDV24.4, PARA PEDIDO DE AUXÍLIO DOENÇA PREVIDENCIÁRIO



FORTALEZA, 29 de Junho de 2018.

Dra. Anamaria de Oliveira Lima
Médica do Trabalho
CREMEC-CE 4053


Dra. ANAMARIA DE OLIVEIRA LIMA
CRM 4053


Colaborador
ARI ALVES MENDONÇA

RECEBIDO: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ARI ALVES MENDONÇA**

DOC. IDENTIDADE / ORIGEM DE BI: **94027012466** **SSPOS** **CE**

CPF: **771.145.073-72** DATA NASCIMENTO: **03/05/1977**

RACIA: **FRANQUIM RODRIGUES MENDONÇA**
MAURICIA ALVES MENDONÇA

SEXO: **M** **F** **A**

Nº REGISTRO: **05893662907** VIGÊNCIA: **02/04/2023** 1ª HABITAÇÃO: **01/10/2013**

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO.

ASSINATURA DO TITULAR: *Ari Alves Mendonça*

LOCAL: **PORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **04/04/2018**

ASSINATURA DO DETENTOR: *1-V-4-77* **21652990587**
CE164403841

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1637845431

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1637845431



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352375/18

Número do Sinistro: 3180447698

Vítima: ARI ALVES MENDONÇA

CPF: 771.145.073-72

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 25/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARI ALVES MENDONÇA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018
Nome: FELIPE REINALDO RABELO LEAL
CPF: 785.408.873-04

FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

A SEGURADORA LIDER

SINISTRO: 3180/447698

CPF: 771.145.073-72

Eu, **ARI ALVES MENDONÇA**, venho por meio desta, solicitar a continuidade do meu processo do seguro DPVAT, pois já enviei toda documentação médica entregue no hospital, solicito que marquem uma perícia médica, visto que já estou de alta definitiva e me encontro com sequelas permanentes devido este acidente, toda documentação médica já se encontra na Seguradora Líder.

Fortaleza/Ce, 18 de Outubro 2018

X *Ari Alves Mendonça*



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>ARI ALVES MENDONÇA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>VIGILANTE</u>	Carteira de Identidade: <u>94027092466</u>
CPF nº: <u>771145073-72</u>	Endereço: <u>RUA DAÍDE Nº 31</u>	
Bairro: <u>PLANALTA - Pici</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u> CEP: <u>60510-570</u>

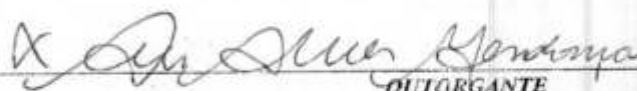
OUTORGADO:

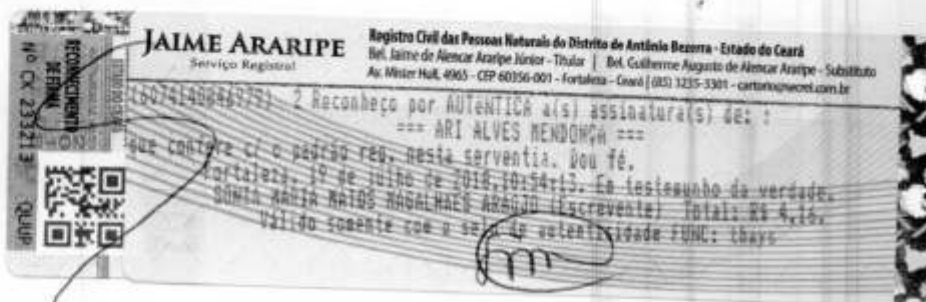
Nome: <u>FELIPE REINALDO RABELO LEAL</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>ADVOGADO</u>	Carteira de Identidade: <u>314482096</u>
CPF nº: <u>785.408.873-04</u>	Endereço: <u>R: DO ROSARIO Nº 77 SL 1402.</u>	
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u> CEP: <u>60.056-90</u>

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Luder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

FORTALEZA CEARA 23 de JULHO de 2018.


OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>ARI ALVES MENDONÇA</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>VIGILANTE</u>	Carteira de Identidade: <u>94027092466</u>
CPF nº: <u>771145073-72</u>	Endereço: <u>RUA DAÍDE Nº 31</u>	
Bairro: <u>PLANALTA - Pici</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u> CEP: <u>60510-570</u>

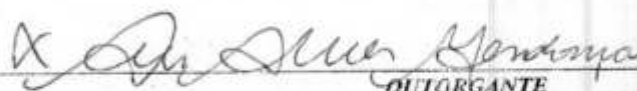
OUTORGADO:

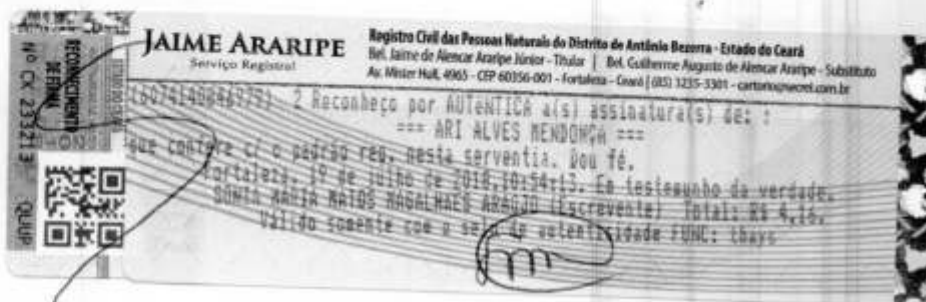
Nome: <u>FELIPE REINALDO RABELO LEAL</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>ADVOGADO</u>	Carteira de Identidade: <u>314482096</u>
CPF nº: <u>785.408.873-04</u>	Endereço: <u>R: DO ROSARIO Nº 77 SL 1402.</u>	
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: <u>CEARA</u> CEP: <u>60.056-90</u>

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Luder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

FORTALEZA CEARA 23 de JULHO de 2018.


OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352375/18

Vítima: ARI ALVES MENDONCA

CPF: 771.145.073-72

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 25/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARI ALVES MENDONCA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FELIPE REINALDO RABELO LEAL : 785.408.873-04

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

ARI ALVES MENDONCA : 771.145.073-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: FELIPE REINALDO RABELO LEAL
CPF: 785.408.873-04

FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA