



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01527291-5** em **27/10/2020 17:05:14**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0250925-73.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01527291-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 27/10/2020 17:05:14

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2760309_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2760309_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645616

Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645616

Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000046498-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

625.493.463.94 TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR 625.493.463.94
AUTÔNOMO R. CEL CORREIA 3125
— CAUCAIA CEAPA 61600004
— (89) 981241586

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3281 CONTA: 464987

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Caucaia 14/11/2019

X Tiago de Souza de Alencar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 10642 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 12:04:15**
Data / Hora da Ocorrência: **21/01/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R CORONEL CORREIA , 3125, PE. JULIO MARIA - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **KAIK**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR**
Nascimento: **09/07/2001** CPF: **625.493.463-94**
RG: **20162994065** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **JOSENITA MARCELINO DE SOUZA**
JONAS BARBOSA DE ALENCAR
Endereço: **RUA DAS FLORES /AV CORONEL CORREIA , 3125**
Bairro: **PADRE JULIO MARIA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98735-2033**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCG2481** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2JC4110BR460858** Renavam: **322879116** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO GABRIEL OLIVEIRA DE MOURA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

DIZ O DECLARANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, PILOTANDO A MOTO JÁ MENCIONADA ACIMA, QUANDO FOI TRANCADO POR UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE O DECLARANTE COLIDIU NO REFERIDO VEÍCULO E CAIU AO SOLO; QUE O DECLARANTE CAIU AO SOLO E NA QUEDA FRATUROU DOIS DEDOS E OUTRAS LESÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ONDE RECEBEU TRATAMENTO MÉDICO.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 46498 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residência (ou não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.645

NOME: <u>Jonas Barbosa de Alencar e Josenilda M. de Souza</u>					
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
<u>09.07.01</u>	<u>16</u>	<u>-</u>	<u>M</u>		<u>Coaraciã</u>
Nº IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
<u>2016299406-5</u>		<u>625.49346394</u>		<u>-</u>	
PAIS <u>Jonas Barbosa de Alencar e Josenilda M. de Souza</u>					Nº <u>102</u>
ENDEREÇO DO PACIENTE <u>Rua das Flores</u>					
BAIRRO	MUNICÍPIO			FONE	
<u>Pau d'Alho</u>	<u>Coaraciã</u>			<u>8586783</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL <u>Valeicilde Santo de Castro</u>					
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL <u>o mesmo</u>					
DATA DE ADMISSÃO		HORA DE EMISSÃO		FUNCIONÁRIO	
<u>21/01/18</u>		<u>19:27</u> h		<u>[assinatura]</u>	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO					
<u>paciente com</u>					
<u>doença crônica</u>					
EXAME FÍSICO					
<u>paciente com</u>					
<u>doença crônica</u>					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL <u>FX IV e V PDE</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
Assinatura					

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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000046498-7

Nr. da Autenticação 24814872D4936C55

Nº do Cliente: **9681143**

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CDP 06.105.846-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: **029449826**

Rota: **CA020008 - 44200** Referência: **10/2019**
Nome: **JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**
Endereço: **RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA**
Classificação: **Residencial Pleno**
Modalidade Tarifa: **B1 RESIDENCIAL**
Ligação: **Monofásico**
Emissão: **29/10/2019**
Medidor: **4733582-FAE-643**

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2F1680484000520570816A000815041A

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
27/09/2019	25/10/2019	28/11/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.594	3.592	1.00	102	00	102	0,72667	74,12

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATÓRIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VENCIMENTO: **05/11/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$): **97,72**

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ: **420.119.223-72**

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
39,82	0,00	0,00

VERBAÇÕES AO USUÁRIO

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 29/10

Nº do Cliente: **9681143** Referência: **10/2019** V: **[1.0.0.5]**
Data de Emissão: **29/10/2019** Total a Pagar (R\$): **97,72** URG - 00514729/U
Nº de Nota Fiscal: **029449826** Nº de Controle: **20003772637**

83800000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 4020-1596 / 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/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 JOSE ADENILSON LUIZ DE AZEVEDO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.493.463 / 94

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.493.463 / 94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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 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. PAULO GOMES DA SILVA.</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PARQUE SOLEDADE.</u>	Cidade: <u>CAUCAIA.</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603070</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 987241586</u>

Local e Data: caucaia 14.11.2019.

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.645

NOME: <u>Jonas Barbosa de Alencar e Joenilda M. de Souza</u>					
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
09.07.01	16	-	M		Caucaia
Nº IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
2016299406-5		625.49346394		-	
PAIS <u>Jonas Barbosa de Alencar e Joenilda M. de Souza</u>					Nº
ENDEREÇO DO PACIENTE <u>Rua das Flores</u>					102
BAIRRO <u>Parque Julliano</u>			MUNICÍPIO <u>Caucaia</u>		FONE <u>8586783</u>
FONE					
NOME DO RESPONSÁVEL <u>Valeicilde Santos de Castro</u>					
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL <u>O mesmo</u>					
DATA DE ADMISSÃO		HORA DE EMISSÃO		FUNCIONÁRIO	
21 / 01 / 18		19:27 h		B	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO					
EXAME FÍSICO					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL <u>FX IV e V DDE</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
Assinatura					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.675

NOME: <u>RES. DE SODOR L. E. R.</u>					
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
<u>09.07.01</u>	<u>16</u>	<u>-</u>	<u>M</u>		<u>Caucaia</u>
Nº IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
<u>2016299406-5</u>		<u>625.493.463-94</u>		<u>-</u>	
PAIS <u>Jonas Barboza de Alencar e Joannilda M. de Souza</u>					Nº
ENDEREÇO DO PACIENTE <u>Rua das Flores</u>					<u>102</u>
BAIRRO	MUNICÍPIO			FONE	
<u>Panda Fúria</u>	<u>Caucaia</u>			<u>85867836</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL <u>Valeicilde Santo de Castro</u>					
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL <u>o mesmo</u>					
DATA DE ADMISSÃO		HORA DE EMISSÃO		FUNCIONÁRIO	
<u>21/01/18</u>		<u>19:27</u> h		<u>3</u>	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO					
<u>- GASTROENTERO</u>					
<u>- GASTROENTERO</u>					
EXAME FÍSICO					
<u>- AVALIAÇÃO GASTRO</u>					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL					
<u>FX IV E V PDE</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
Assinatura					

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: TINGO DE SOUSA Nº PRONTUÁRIO: 29.675

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
01/01/18	#TDS# OPICA APR EXP PR @ PCE. ADM. P. DOBRO DADO FCD. VIRE RX	
21/01/18	Paciente submetido a debridamento de necrose.	
02/02/18	#Eufimogenes# Paciente T.S.A. 16 a admitido na Clínica Luzitana por fratura exposta em P @ Sintetizada e devidamente curada. Exames consecutivos, curativos, verbais, superiores em normais, após alta de 15 dias. Além disso, paciente bom, sem problemas de saúde. Segue em acompanhamento.	
22/02/18	ANEXO 01: FOTOGRAFIA DE FRAÇÃO DO 12 SINTETIZADA NA ORTOPLASTIA	
23/02/18	Paciente bem alta hospitalar - 05 dias Mantido em antibioticoterapia	
	Dr. Josafá Fernandes Reumato - Ortopedista CREMEC	

Dr. José Carlos
Ortopedista

Dr. Leônidas
Ortopedista

Cecilia Cecilia do N. Varas
COREN-CE: 503.987
Enfermeira

Dr. Bruno A. Batista
Ortopedista

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Edilson de Sousa de Almeida</u>			Nº Reg. <u>27615</u>
Data da Cirurgia <u>27/10/14</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião <u>Carlos Gomes</u>	1º Auxiliar <u>Wesley Lima</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista <u>Wesley</u>	Tipo Anestesia <u>Local</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fusúnculo de S. P. de M. G.</u>			
Tipo de Operação <u>ext. cirúrgica fusúnculo de S. P.</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O. de M. G.</u>			
Relatório Imediato do Patologista <u>✓</u>			
Exame Radiológico no Ato <u>Não</u>			
Acidente durante a Operação <u>Não</u>			
DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura			
Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<u>Incisão de S. P.</u>			
<u>Extensão + Anestesia</u>			
<u>Incisão no S. P.</u>			
<u>Incisão</u>			
<u>Ligadura do fusúnculo</u>			
<u>Extensão da incisão com 1/2"</u>			
<u>Extensão da incisão com 1/2"</u>			
<u>Sutura</u>			
<u>Curativo</u>			
<u>Extensão da incisão</u>			



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: Trigo de Sousa de Alencar
IDADE: 06 - ENDEREÇO: Rua das Flores 102 BAIRRO: Padre Julio
DATA ADMISSÃO: 21/01/18 DATA ALTA: 26/01/18 Maná
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx. Exposta pé (E)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente internado por Fx. Exposta pé (E)
realizado Dupla cirurgia e após cura
em definitiva no pé (E)

DIAGNÓSTICO FINAL:

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

7 NÃO PISAR.
7 Curativo no ponto 212 dias
3 Pé Elevado.

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(X) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Traumatologia

DATA: _____

[Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

dia 05/02 às
7:00h Dr Bruno
19/02 Botelho

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.635 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMparo AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

201.47820.87-6

NÚMERO

9271312

SÉRIE

0050

UF

CE

João de Souza da Alencar

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

23116.9271312.50-47

FILIAÇÃO: JOSENTA MARCELINO DE SOUZA
JONAS BARBOSA DE ALENCAR

NASCIMENTO: 09/07/2001

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAUCAIA - CE

DOCUMENTO: R.G. - 2016294065 - 23/11/2016 - SSPDS - CE

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 625.483.483-54

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: AICE - CAUCAIA

DATA DE EMISSÃO: 05/01/2018

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

Handwritten signature

Flávio Zech Eyvestre
Secretaria Regional de Trânsito e Emergência
Assessoria de Trânsito

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO:

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPULCRAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua R: CEL. CORREIA, nº 3125 bairro —, Município de CAUCAIA, Estado de(o) CEARA, Cep. 616.00000, portador(a) do Rg nº 2016.2094065 SSP/CE e CPF nº 625.493.463.94.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o ° 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, 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) TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR ocorrido em 21/01/2018 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

INVALIDEZ PERMANENTE

Podendo dito procurador, 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.



CAUCAIA, 06 de NOVEMBRO de 2019.

Assinatura: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Nome do Outorgante: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

CPF nº 625.493.463.94





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405811/19

Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

CPF: 625.493.463-94

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/01/2018

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR : 625.493.463-94

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: 19/11/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190645616 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. PG1,3,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (5º DEDO -FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DO PÉ 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 MODERADO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00