
Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279838

Vítima: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

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, contados 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, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279838

Vítima: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000071055267-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 036.348.753-05 4 - Nome completo da vítima: ROSEANE DE MENDOCA FURTADO

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

5 - Nome completo: ROSEANE DE MENDOCA FURTADO 6 - CPF: 036.348.753-05
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: VL MACUÇA 9 - Número: 10 - Complemento: CS 02
11 - Bairro: MACUÇA 12 - Cidade: AQUILAZ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61700-000
15 - E-mail: R527310@gmail.com 16 - Tel (DDD): 085198529.6730

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: MU PAGAMENTOS

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 obrigatório

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, FORTALEZA - CE 17/07/20

2 ROSEANE DE MENDOCA FURTADO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 036.348.753-05 4 - Nome completo da vítima: ROSEANE DE MENDOCA FURTADO

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

5 - Nome completo: ROSEANE DE MENDOCA FURTADO 6 - CPF: 036.348.753-05
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: VL MACUÇA 9 - Número: 10 - Complemento: CS 02
11 - Bairro: MACUÇA 12 - Cidade: AQUILAZ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61700-000
15 - E-mail: R527310@gmail.com 16 - Tel (DDD): 085198529.6730

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: MU PAGAMENTOS

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 obrigatório

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, FORTALEZA - CE 17/07/20

2 ROSEANE DE MENDOCA FURTADO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2572 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/10/2019 09:57:14**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2019 19:48:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 KM 25, DIVINEIA - AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A PONTO DO RIO PACOTI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEONARDO MELGADO COSTA**
Nascimento: **24/07/1980** CPF:
RG: **2000006001352** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ANA MARIA MELGADO COSTA**
JOSÉ CARLOS COSTA
Endereço: **RUA VILA MACHUCA**
Bairro: **MACHUCA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99825-0511**

Nome: **ROSEANE DE MENDONCA FURTADO**
Nascimento: **17/03/1993** CPF:
RG: **2006010235124** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **TEREZA CRISTINA DE MENDONCA FURTADO**
JOSE ARIMATEIA CANDIDO FURTADO
Endereço: **RUA VILA MACHUCA**
Bairro: **MACHUCA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98162-1461**

Histórico

QUE na data e hora acima mencionadas pilotava a motocicleta Honda XR 205 Tornado de placa HYB-3543, cor vermelha, ano 2017, pelo Rodovia Ce 040 Km 25, tendo como garupeira sua esposa Roseane de Mendonça Furtado; QUE estava na faixa da direita quando o veículo Polo branco Sedan de placas não identificadas, veio a colidir na traseira da moto vindo a causar o acidente; QUE devido a colisão sua esposa ROSEANE foi arremessada vindo a cair no meio da rodovia, tendo o declarante sendo arrastado por 10 metro do local a acidente; QUE as vítimas foram socorridas pela SAMU e conduzidas para o hospital de Aquiraz; QUE devido o acidente sofreu varias escoriações pelo corpo e fraturas no braço esquerdo; QUE ROSEANE sofreu varias escoriações pelo corpo, fratura na fibular esquerda; QUE compareceram no local do acidente a PRE e as testemunhas FELIPE PERI DA SILVA e FRANCISCO ALDEIRTON ALVES DE OLIVEIRA. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Impresso nº 2019778640



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2572 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: LEONARDO MEIGAS COSTA

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

Roseane de Mendonça Brito



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2572 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/10/2019 09:57:14**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2019 19:48:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 KM 25, DIVINEIA - AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A PONTO DO RIO PACOTI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEONARDO MELGADO COSTA**
Nascimento: **24/07/1980** CPF:
RG: **2000006001352** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ANA MARIA MELGADO COSTA**
JOSÉ CARLOS COSTA
Endereço: **RUA VILA MACHUCA**
Bairro: **MACHUCA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99825-0511**

Nome: **ROSEANE DE MENDONCA FURTADO**
Nascimento: **17/03/1993** CPF:
RG: **2006010235124** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **TEREZA CRISTINA DE MENDONCA FURTADO**
JOSE ARIMATEIA CANDIDO FURTADO
Endereço: **RUA VILA MACHUCA**
Bairro: **MACHUCA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98162-1461**

Histórico

QUE na data e hora acima mencionadas pilotava a motocicleta Honda XR 205 Tornado de placa HYB-3543, cor vermelha, ano 2017, pelo Rodovia Ce 040 Km 25, tendo como garupeira sua esposa Roseane de Mendonça Furtado; QUE estava na faixa da direita quando o veículo Polo branco Sedan de placas não identificadas, veio a colidir na traseira da moto vindo a causar o acidente; QUE devido a colisão sua esposa ROSEANE foi arremessada vindo a cair no meio da rodovia, tendo o declarante sendo arrastado por 10 metro do local a acidente; QUE as vítima foram socorridas pela SAMU e conduzidas para o hospital de Aquiraz; QUE devido o acidente sofreu varias escoriações pelo corpo e fraturas no braço esquerdo; QUE ROSEANE sofreu varias escoriações pelo corpo, fratura na fibular esquerda; QUE compareceram no local do acidente a PRE e as testemunha FELIPE PERI DA SILVA e FRANCISCO ALDEIRTON ALVES DE OLIVEIRA. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Impresso nº 2019778640



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2572 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: LEONARDO MEIGAS COSTA

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

Roseane de Mendonça Brito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 036.348.753-05 4 - Nome completo da vítima: ROSEANE DE MENDOCA FURTADO

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

5 - Nome completo: ROSEANE DE MENDOCA FURTADO 6 - CPF: 036.348.753-05
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: VL MACUÇA 9 - Número: 10 - Complemento: CS 02
11 - Bairro: MACUÇA 12 - Cidade: AQUILAZ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61700-000
15 - E-mail: R527310@gmail.com 16 - Tel (DDD): 085198529.6730

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: MU PAGAMENTOS

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 obrigatório

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, FORTALEZA - CE 17/07/20

2 ROSEANE DE MENDOCA FURTADO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000071055267-5

Nr. da Autenticação C9FCBDEC484E0158

Nº do Cliente:

6119404

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 066196727

Rota A0002U52 - 209428

Referência 06/2020

Nome LEONARDO MELGACO COSTA

Endereço VL MACHUCA, 00000 - 00000 CS 02, MACHUCA, 61700-000, AQUIRAZ

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 04/06/2020

Medidor 4944934-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

52F1D726ABB0831F9CA6DB5421EF9CEA

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**DATAS DE LEITURA** P.F.: 29 dias

Anterior 06/05/2020

Atual 04/06/2020

Próxima prevista 06/07/2020

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.877	3.847	1,00	30	00	30	0,56000	16,80

DADOS DO FATURAMENTOCREDITO DE PEQUENOS VALORES
CUSTO DE DISPONIBILIDADE**TARIFA****VALOR (R\$)**- -16,80
- 16,80

Tributo:

Base (R\$):

Aliquota (%):

Valor (R\$):

ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,80	0,99	0,17
COFINS	16,80	4,52	0,76

VENCIMENTO

12/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE**CPF/CNPJ** 970.625.703-97EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) 11,71Compensado kg (CO₂) 0,00Consciência Ecológica (%CO₂)

0,00%

INFORMAÇÕES AO CLIENTE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Gr. 00 B | Série Unica | Nº 069244222

Companhia Energética da Ceará

Rua Passa Veloz, 150 - Fortaleza - CE CEP 60136-040

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

Esta é a sua conta de

06/2020

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Nº DO CLIENTE

7694250

06/2020

ENDEREÇO

RUI PRO CABRAL 00676 00676 OS FUNDOS

60762-770 FORTALEZA PARQUE SANTA ROSA

CLASSIFICAÇÃO

Residencial Puro

Modalidade Tarifária

BI RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medição

5760599-ELE-626 - FOJ16.J30

DATA DE EMISSÃO

23/06/2020

ÁREA DE RESERVAÇÃO AO CONTROLE FISCAL

BR06.PCE.5503.AD20.34BD.9098.88EC.BSD1

CPF / CNPJ

048.217.413-77

DATAS DE LÉITURA

Anterior 22/05/2020 Próxima 23/07/2020

Consumo

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

44.30



836100000000-9-34840031040-0 00373996807-0 00007694250-3

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Descrição	Valor (R\$)
Juros Moratórios	0,18
Consumo	24,65
Crédito Debitado	34,34
Crédito Debitado	10,00

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consumo Anterior 44.30

Consumo Atual 44.30

Consumo Médio (kW/h)

Consum

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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSEANE DE MENDOCA FURTADO inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.348.753 / 05

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima ROSEANE DE MENDOCA FURTADO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.348.753 / 05, 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: RUA PROFESSOR CABRAL		Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60.762-775
E-mail: RC527310@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 17 DE JULHO DE 2020

x Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

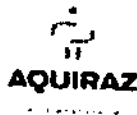
RECEITUÁRIO

LANDO

PACIENTE ROSEANE
DE MENDONÇA FURTADO
SOFREU FRATURA DO TORNO-
ZELO ESA + LESÃO LACERO CON-
TUSA NO QUADRIL ESA. EM
20/09/2019 SUBMETIDA A
RECONSTITUIÇÃO CIRÚRGI-
CA + IMOBILIZAÇÃO DO
TORNOZELO ESA E ENCON-
TRA-SE COM INCAPACIDA-
DE FUNCIONAL DO TORNO-
ZELO ESA 40% POR DOR
A MOBILIZAÇÃO + LIMITA-
ÇÃO DOS MOVIMENTOS E
DE ALTA MÉDICA DEFINI-
TIVA EM 20/12/2019.
CID: S-82

Fortaleza,

30/07/2020



PREFEITURA MUNICIPAL AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: ROSEANE DE MENDONÇA FURTADO		CNS: 706206516795969	PA201909053273
DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1993	IDADE: 26 Ano(s), 6 Mes(es), 5 dia(s)	SEXO:	
MÃE: TEREZA CRISTINA DE MENDONÇA FURTADO	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:		
TELEFONE CONTATO: 85988540828	CPF: 03634875305		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
RISCO:	LARANJA	PROFISSIONAL:	LUCIANA DE LIMA SILVA	20/09/2019 20:21			
Escoariações Pelo Corpo, Acide De Moto Trazida Pelo Samu							
FR: 0	SATO2: 0	PA: 0/0	FC: 0	T: 0	Dx: 0	ECG: 0	ECG: 0/6
PRIORIDADE:							

ATENDIMENTO CLÍNICO				
Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):				
<i>Exame físico em membros superiores e inferiores</i>				
Alergias:	<i>nenhuma</i>			
Exames:				
Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		
PRESCRIÇÃO		
Item	Descrição	Aprazamento / Chacagem

Aquiraz, Sexta-Feira, 20 De Setembro De 2019

PA: 100x60 mmHg FC: 64 bpm
Dx: 119 T: 35,2°C Sat: 100%

JOSÉ XEREZ NETTO
CRM: 17779

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

Rx: insuflar, fôseira em *distensão* ~~insuflar~~ *enquerado*

1. SGL 500ml EV *agora*

2. *depirone 0.13 mg EV*

3. *acetopropeno 100mg + 100ml*

SECRETARIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES
CNPJ: 11.426.115/0001-69

Paulo César Cipriano
Diretor Administrativo
HBMAP

Gileneia C. dos Santos
CREMEC 203310 TE

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Henrique S. Induca
Médico
CREMEC 17779

8:43

Ubirajara L. de Lima
Médico de Emergência
CREMEC 140852-6

Esta ficha confere com a original
Glaucineia Brasil de Rocha
mat: 140852-6
em: 03/10/19



PREFEITURA MUNICIPAL AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO		CNS: 708206516795969	PA201909053273
DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1993	IDADE: 26 Ano(s), 8 Mes(es), 12 dia(s)		SEXO:
MÃE: TEREZA CRISTINA DE MENDONCA FURTADO	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO: MACHUCA	MUNICÍPIO: AQUIRAZ		
TELEFONE CONTATO: 85986540828	CPF: 03634875305		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	VERDE	PROFISSIONAL:	ANTONIA FABIANA DA SILVA FALCAO	27/09/2019 18:59			
Relomo Para Reavaliacao De Fratura Do Mi							
FR: 0	SATO2: 99	PA: 120/70	FC: 78	T: 36	Dx: 0	ECG: 0	ECG: 0/6
PRIORIDADE:							

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):				
PCT COM FRATURA LINEAR EM FIBULA ESQUERDA HA 8 DIAS. EVOLUI COM BOA CICATRIZAÇÃO DE ESCORIAÇÕES.				
Alergias:				
Exames:				
Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Contusao De Outras Partes E De Partes Nao Especificadas Da Perna	Agudo
--	-------

PRESCRIÇÃO

Item	501. 2x de Perus esq.	Descrição	Aprazamento / Checagem
------	-----------------------	-----------	------------------------

Aquiraz, Sexta-Feira, 27 De Setembro De 2019

JOSÉ XEREZ NETTO

CRM: 17779

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

reavaliar após medicação



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUSÉBIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

POLICLÍNICA DR. ACILON GONÇALVES PINTO

R. Carmelita Rebouças, 508 - Tamatanduba.

CEP 61.760-000 - Eusébio - Ceará



PACIENTE

Roseane L. L. L.

ENDEREÇO

12

12

u

R R

04/11/18

DATA _____/_____/_____ 20____

Dr. Vicente R. Lima
TITULAR DO
CENTRO

ASS. E CARIMBO

"Amamente seu filho. Ele merece esta proteção"

RECEITUÁRIO

P/ Rosane de Mendonça Furtado

uso oral

① Ibuprofeno 600mg - 10cr

1cp de 12/12 horas

por 05 dias.

20 / 09 / 19



José Xerez Netto
Médico
CREMEO 17779

MÉDICO

6M, 11m, 5T, 10N



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	José Xerez Netto
CRM	UF
Endereço Completo e Telefone: R. João	
Cidade:	UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Roxane de Mendonça Furtado

Endereço: Rua Melgão, Vila machua

Prescrição: uso oral

1) CEFALOXINA 500mg - 40comp

1ap de 6/6 horas durante
10 dias.

[Signature]

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Data 20, 09 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	<u>José Xerez Netto</u>
	<u>Médico</u>
	<u>CREMEC 17779</u>
CRM	UF Nº
Endereço Completo e Telefone:	<u>R. João</u>
	<u>Paulo II 96</u>
Cidade:	<u>Aquiraz</u> UF: <u>CE</u>

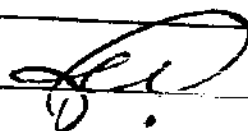
1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Roseana de Mendonça Dantas
Endereço: R. Melgacós, Vila machucap
Prescrição: um frasco

1) Pipocino spray - 1 frasco
uso local 1x ao dia

Data 20, 09 / 2019



José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data

RECEITUÁRIO

M Roseane de M. Furtado

① Retirar nota p^a E

27 / 09 / 19



José Xerez Neto
Médico
CREMEC 17719
MÉDICO



PREFEITURA DE
AQUIRAZ
Feliz é viver aqui

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, o pedido que o (a) Sr. (a) Roseane
de Mendonça Furtado,

IDENT. OU REGISTRO

Foi atendido (a) Emergência

CLÍNICO OU SERVIÇO

do HBMSP

HOSPITAL / AMBULATÓRIO

no dia 20 / 09 / 19 às 20 horas, necessitando
de 15 (quinze) dias de repouso, por motivo de doença

CID _____

Assinatura

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

20/09/19

Local e Data

José Xerez Netto
Médico
CREMEC 17779

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo Contendo Nome e Registro CRM/CRO)

Nota - Este Atestado é válido para finalidades prevista no art. 27 da CLPS, aprovado pelo Decreto nº 88.312 de 23/01/84, e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento no trabalho

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2008010066558 SSP CE

CPF

048.217.413-77

DATA NASCIMENTO

18/06/1990

FILIAÇÃO

FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05034566735

VALIDADE

06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO

17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

16/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905

CE161764037

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1545039440

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545039440

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



CE

NOME
ROSEANE DE MENDONCA FURTADO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2006010235124 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
036.348.753-05 17/03/1993

FILIAÇÃO
JOSE ARIMATEIA CANDIDO
FURTADO
TEREZA CRISTINA DE
MENDONCA FURTADO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05714397586

VALIDADE
15/07/2024

1ª HABILITAÇÃO
21/02/2013

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

Roseane de Mendonca Furtado

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/07/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

10011628460
CE171616588

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279838 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1_LAUDO MÉDICO DE 30/07/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279838 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1_LAUDO MÉDICO DE 30/07/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante ROSEANE DE MENDOCA FURTADO
Estado Civil SOLTEIRA Profissão ESTUDANTE
Residente V. MACHUCA Bairro MACHUCA
Município AGUIRAZ UF CE Nascido 17/03/1993 CPF 036.348.753-05
RG 2006010235124 Emissor SSP Em 1/1/

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de Fortaleza, UF: CE, RG 05034566735 Detran- CE m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr.(a) ROSEANE DE MENDOCA FURTADO
Ocorrido em 20/09/2019

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto seguradora receptora e seguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL, requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vítima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de um advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo, furto extraviado de objeto segurado, assistência, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, PAN, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANSER, BB, CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

17 , DE 07 , DE 2020

2 Roseane de mendoca Furtado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201588/20

Vítima: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

CPF: 036.348.753-05

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

ROSEANE DE MENDONCA FURTADO : 036.348.753-05

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: 20/07/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219602/20

Vítima: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

CPF: 036.348.753-05

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: ROSEANE DE MENDONCA FURTADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

ROSEANE DE MENDONCA FURTADO : 036.348.753-05

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: 06/08/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva