



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## 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 **WEB1.20.01579335-4** em **25/11/2020 11:29:48**.
- 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** : 0263010-91.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01579335-4  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 25/11/2020 11:29:48

### 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\*** : 2768084\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2768084\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-35.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

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

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima:** JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

**Data do Acidente:** 03/03/2019

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

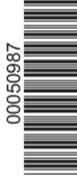
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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\$ 5.400,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%  
Graduação: Em grau completo 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%  
Graduação: Em grau completo 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 4.050,00

Recebedor: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Valor: R\$ 5.400,00

Banco: 104

Agência: 000003281

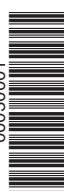
Conta: 0000045178-8

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190449292**

**Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

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\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003281**

**Conta: 0000045178-8**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: **3190449292**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua teodoro de castro, 2853, , Caucaia/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / 6519262**

Data e local do acidente: **03/03/2019 - Caucaia/CE**

Data e local do exame: **28/10/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

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

Ao exame físico do 5º dedo da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Ao exame físico do 2º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no segundo dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 3º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no terceiro dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 4º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quarto dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quinto dedo do pé esquerdo.

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

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

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

**PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.**

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

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

5º Dedo da Mão Esquerda - Total - 100%

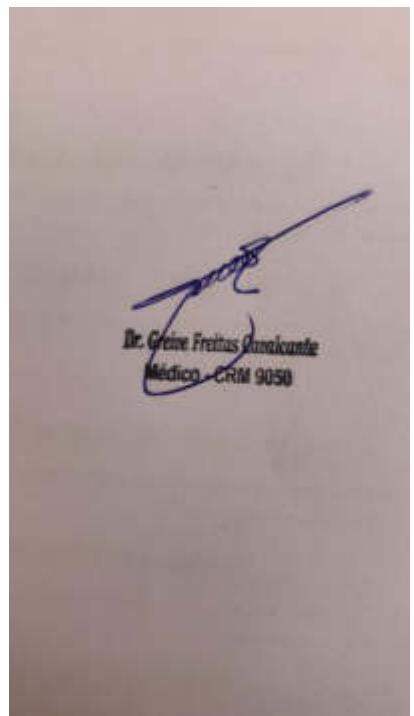
2º Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

3º Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

4º Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

5º Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

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



# 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: 019.927.953-55 4 - Nome completo da vítima: José Euandro Maia Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	José Euandro Maia Santos		6 - CPF:	019.927.953-55		
7 - Profissão:	Pedreiro	8 - Endereço:	Rua Teodoro de Castro	9 - Número:	1853	
11 - Bairro:	Juruna	12 - Cidade:	Caucaia	13 - Estado:	CE	
15 - E-mail:					14 - CEP:	61600-000
					16 - Tel.(DDD):	(85) 937311586

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 45178 8

(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)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vêncasco?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

MORTE  
NÃO ALFABETIZADO

34

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

40 - Local e Data,

Caucaia 35/07/2019

x José Euandro Maia Santos

38 - 1º | Nome:

CPF:

LIDIA GOMES

26111

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190449292  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Evandro Maia Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Teodoro de Castro, 2853  
Jurema Caucaia CE CEP: 61610-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / CE ] 6519262  
Data local do acidente: [ 03/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 01/11/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE COTOS DE AMPUTAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NECRÓSE TECIDUAL**  
**Data da Alta: 02/10/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; DO 2º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**      **( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim**      **( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; DO 2º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo**

**2º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa **(X) 100% completo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa **(X) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**3º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo**

**4º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa **(X) 100% completo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa **(X) 100% completo**

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

**5º DEDO DO PÉ ESQUERDO 100%**

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050



# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: N° 19011575B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sitio: [www.prf.gov.br/novobat/consultar](http://www.prf.gov.br/novobat/consultar) Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILLO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

## INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 03/03/2019 Hora: 20:00 Município: CAUCAIA/CE  
BR: 020 KM: 410,0 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: DANILo LIMA, 1480548

## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Ignorado	Fase do dia: Plena Noite

## IMAGENS PANORÂMICAS



## NARRATIVA

Acidente envolvendo motociclista e veículo evadido. Tendo em vista o estado de choque e as graves lesões do motociclista, o desfazimento do local do acidente, a evasão de um dos envolvidos, e a inexistência de testemunha no local sobre o momento da colisão, não foi possível identificar a dinâmica do acidente. Contudo, testemunhas que prestaram o primeiro apoio à vítima, afirmam que o veículo evadido trata-se do GM Classic de placas PMO-1071, o que converge com os vestígios verificados no local do acidente, conforme imagens complementares. Na mesma linha, logo após o acidente, a C3R informou que um cidadão chamado Roberto, cujo contato é 85/987048425, ligou para aquela unidade alegando ter presenciado o acidente e que conseguira identificar a placa do veículo evadido, ratificando os demais relatos que apontam para o Corsa Classic de placas PMO-1071. Registre-se que, embora não tenha sido possível realizar o teste de bafômetro na vítima, este apresentava sinais de embriaguez, conforme testemunhado pelos agentes do SAMU, Rosa Luz e George Falcão, quais sejam, hálito com álcool, dicção alterada, pupila dilatada, e humor instável. Frise-se também que o condutor de V2 não possui habilitação e que o ciclomotor não possui placa, restando, como elemento identificador, apenas o chassi consignado nas imagens complementares. Ainda, registre-se que durante o pré-atendimento do SAMU, no local do acidente, houve a necessidade de apoio à equipe do SAMU, pois o



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILo LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBADQ2A.

191



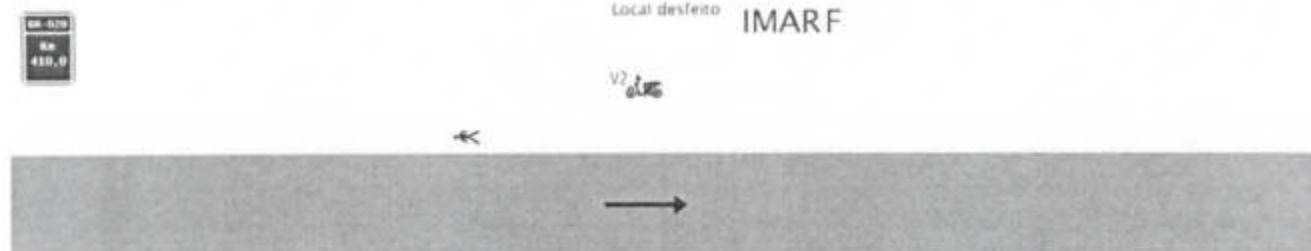
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

motociclista que estava sendo socorrido tentou agredi-los, bem como tentou danificar os equipamentos da unidade móvel de resgate. Em razão disso, e visando a segurança da equipe SAMU e da própria vítima, este foi algemado e escoltado até o Hospital Instituto José Frota - IJF.

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← CAUCAIA

MARANHÃO →

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

### MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

### DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

### APOIO EXTERNO

Tipo de Orgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	03/03/2019 20:10	03/03/2019 20:50



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILLO LIMA, matrícula 1480548. Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PMO1071 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: PMO1071 Marca/modelo: I/CHEVROLET CLASSIC LS

Ano fabricação: 2015 Chassi: 8AGSU1920GR132191

Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: VEÍCULO EVADIDO

Renavam: 01077133690

Tipo de veículo: Automóvel

Cor: Prata



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734F8A02A.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / I/CHEVROLET CLASSIC LS

Placa: PMO1071

Nº BOAT: 19011575B01

Nome do Agente: DANILo LIMA

Matrícula do Agente: 1480548

Data: 03/03/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			EVADIDO	
2	Longarina dianteira esquerda			EVADIDO	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			EVADIDO	
4	Estrutura da soleira esquerda			EVADIDO	
5	Air Bags Frontais			EVADIDO	
6	Air Bags Laterais			EVADIDO	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			EVADIDO	
8	Estrutura da coluna central esquerda			EVADIDO	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			EVADIDO	
10	Caixa de roda traseira esquerda			EVADIDO	
11	Assoalho central esquerdo			EVADIDO	
12	Longarina traseira esquerda			EVADIDO	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			EVADIDO	
14	Longarina traseira direita			EVADIDO	
15	Caixa de roda traseira direita			EVADIDO	
16	Estrutura da coluna traseira direita			EVADIDO	
17	Estrutura da soleira direita			EVADIDO	
18	Estrutura da coluna central direita			EVADIDO	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			EVADIDO	
20	Assoalho central direito			EVADIDO	
21	Caixa de roda dianteira direita			EVADIDO	
22	Longarina dianteira direita			EVADIDO	

Dano de Monta: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILo LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

**V1 - Proprietário**

Nome: JOAO CARLOS DE LIMA  
Email:  
Endereço: CAUCAIA-CE

CPF/CNPJ: 012.401.398-88  
Telefone:

**V1C - CONDUTOR DE V1 - Não localizado**

**V1C - Informações**

Nome: Data de Nascimento:  
Sexo: Estado físico:  
Informações complementares: Condutor evadiu-se do local sem prestar socorro à vítima. Testemunhas registraram as placas para ajudar na identificação.

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:  
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não  
Observações CNH:

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço:  
Telefone: Email:

**V2 - VEÍCULO 2 - NÃO SE APLICA - MOTONETA**

**V2 - Informações**

Placa: Marca/modelo: I/BASHAN JONNY HYPE 50 Renavam:  
Ano fabricação: Chassi: LHJXCBED9CB308728 Tipo de veículo: Motoneta  
Espécie: Categoria: Cor: Vermelha  
Manobra no momento do acidente: Outras  
Informações complementares: Não foi possível constatar o movimento do veículo durante a colisão. Local completamente escuro. V1 evadiu-se e V2 foi encontrado fora da pista de rolamento.

**V2 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: Outro  
Informações complementares: Veículo encaminhado para depósito através do guincho do convênio, tendo em



Documento assinado eletronicamente por DANILo LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrat/authenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

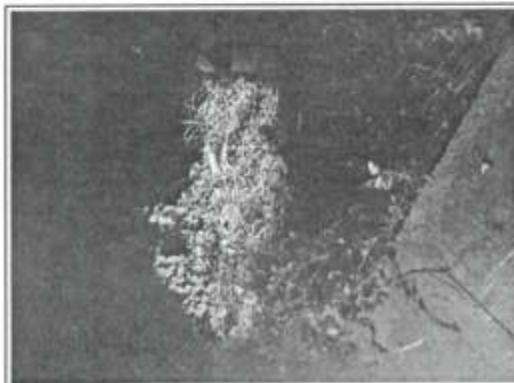
191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

vista o encaminhamento do condutor gravemente ferido pelo Samu ao IJF

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - Imagens Obrigatórias



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILo LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19011575B01

**V2 - Proprietário**

Nome: CPF/CNPJ:  
Email: Telefone:  
Endereço:

**V2C - CONDUTOR DE V2 - JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

**V2C - Informações**

Nome: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS Data de Nascimento: 19/02/1986  
CPF: 019.927.953-55 Estado civil: Não Informado  
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves  
Usava capacete: Sim

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:  
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não  
Observações CNH:

**V2C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Sim Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: MARIA MARLENE MAIA SANTOS, 1, CENTRO, CANINDE-CE  
Telefone: Email:

**V2C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: SAMU  
Informações complementares: Equipe Samu formada pelos agentes Rosa Luz e George Falcão



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobras/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 3B3E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

**E1 - TESTEMUNHA - ROBERTO DE SALES PEREIRA FILHO**

**E1 - Informações**

Nome: ROBERTO DE SALES PEREIRA FILHO

Data de Nascimento:

Envolvimento: Testemunha

CPF: 066.883.213-43

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Testemunha responsável pelo fornecimento da placa do veículo evadido à equipe PRF. Testemunha alegou que não visualizou o momento da colisão, mas que seguiu o veículo que se evadiu do local e conseguiu identificá-lo como sendo o GM Classic prata de placas PMO-1071. Acrescentou ainda a testemunha que visualizou no veículo sinais compatíveis com o impacto, tais como, retrovisor quebrado, sinal de tinta vermelha, dentre outros danos na lataria. A equipe também encontrou no local uma placa em que descreve a palavra TAXI, o que converge com os relatos da testemunha, tendo em vista tratar-se de veículo de aluguel. Testemunha transitava na motocicleta de placa ORS6016.

**E1 - Alterações da Capacidade Motoria**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**E1 - Dados do Contato**

Endereço: RUA B, 3661, CJ BARROSO II, PASSARE, FORTALEZA-CE

Telefone: Email:



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILLO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrazilautenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

E1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANÍLO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19011575B01

**E2 - TESTEMUNHA - ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS**

**E2 - Informações**

Nome: ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS

Data de Nascimento:

Envolvimento: Testemunha

CPF: 702.295.463-15

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Testemunha alegou que não visualizou o momento da colisão, mas que percebeu o condutor de V2 sobre a pista e tentou sinalizar. Testemunha transitava no veículo GM Corsa Classic de placas KJN1325.

**E2 - Alterações da Capacidade Motoria**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**E2 - Dados do Contato**

Endereço: R VIII, 292, CIDADE OESTE, FORTALEZA-CE

Telefone:

Email:

**E2 - IMAGENS COMPLEMENTARES**



Documento assinado eletronicamente por DANILLO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobai/authenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191

# 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: 019.927.953-55 4 - Nome completo da vítima: José Euandro Maia Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	José Euandro Maia Santos		6 - CPF:	019.927.953-55		
7 - Profissão:	Pedreiro	8 - Endereço:	Rua Teodoro de Castro	9 - Número:	1853	
11 - Bairro:	Juruna	12 - Cidade:	Caucaia	13 - Estado:	CE	
15 - E-mail:					14 - CEP:	61600-000
					16 - Tel.(DDD):	(85) 937311586

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 45178 8

(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)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
teve filhos?		nascituro/vai nascer?	teve irmãos?		pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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 - 1º | Nome: LIBIA GOMES

CPF: 261.111-1111

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: LIBIA GOMES

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)


*Praia do Até declaratório*

## Registro de Atendimento Emergencial

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 03/03/2019 22:26:40

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CNS: 708704157267897	Nome: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS	Registro: 5605746	
CPF: 01992795355	RG: 2004014065678	D-NASC: 19/02/1988	ESTADO CIVIL:
NOME DA MÃE: MARIA MARLENE MAIA SANTOS	NOME DO PAI: FRANCISCO MAURICIO DOS SANTOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SANTA TEREZINHA	Nº: 275	BAIRRO: SAO MIGUEL (JUREMA)
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986870817	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE CEP: 61640010
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL			
Nome: SAMU USB 30 CONDUTRO JORGE FALCAO	PARENTESCO:		TELEFONE: 986870817
ACIDENTE DE TRABALHO			
TIPO DE VÍNCULO:	CRM DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro pick up ou camionete			
QUEIXAS: Paciente vítima de colisão moto-carro. Lacerção extensa em mão esquerda + fratura exposta de 5º quírodáctilo da mão E. Amputação em 5º pododáctilo			
OBSERVAÇÕES: Fratura exposta em 3º e 4º pododáctilo E			
SINAIS VITAIS			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:			
ATENDIMENTO MÉDICO			

Anamnese:

Exame Físico:

*10-05-19  
10-888-1 b b*

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

LITERATURA DE SEGURANÇA

*40 JUL. 2019*

# 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: 06/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.400,00

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

CLIENTE: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000045178-8

---

Nr. da Autenticação 271F48D58D558AE9

# 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: 05/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000045178-8

---

Nr. da Autenticação 127753ADB700072D

INFORMAÇÕES

10339266

Para agilizar seu atendimento, utilize o N° 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.  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdomiro, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047281/0001-79 | CGF 08.106.848-3

enel

577931734

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

07 22005 04 253000 - 9

Data de Emissão 12/06/2019

Rota JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Nome RU TEODORO DE CASTRO 02853

End. Postal JUREMA - CAUCAIA - 61600000

Posto 2874 0000

Medidor 3365106

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 019927953-55

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Jun/2019	12/06/2019	15/07/2019

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Abv/2019

Mês DIC21 &gt; 0,00 F

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
93,51	27,00%	25,24

	Padrão Individual			Ajustado Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00		0,00			

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A151.5407.6109.FICF.9902.2890.477E.0552

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 47498	47310	1,00	122	0,00	122	0,71455	93,51
12/06/19	27/05/19		16 D/H/S		122		93,51

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

93,51

20,81

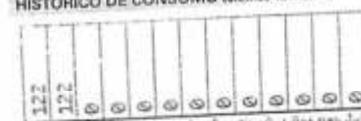
VENCIMENTO 19/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 114,32

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	36,91
Transmissão .....	2,86
Distribuição .....	21,19
Encargos Setoriais .....	4,00
Tributos (PIS/PASEP/COFINS) .....	28,59
<b>TOTAL .....</b>	<b>93,51</b>

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

47,63 0,00 0%

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."  
Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor  
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal  
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 3,35 referente a PIS e COFINS. Alíquota: PIS:0,667 e COFINS:2,96%  
Cide: 9 Reais. IPI: 0,00%. - INSS: 0,00%. IR: 0,00%. ISS: 0,00%. PIS: 0,00%. COFINS: 0,00%.

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. [informações: www.enel.com.br]

DATA DE VENCIMENTO  
26 JUL. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 579720098  
 Companhia Energetica do Ceará  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

**JUN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**9681143** DV **9**

VENCIMENTO  
20200008044200

TOTAL A PAGAR (R\$)  
3295

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 20 022000 08 044200	Medidor	Posto
Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO.	2577879	0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA  
61603070

RG / CPF / CNPJ 420.119.223-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3295	3217	1	78	0	78

#### DESCRÍÇÃO DA CONTA

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO

78 0,76394

59,58

#### DATAS DE LEITURA

Date de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
08/07/2019	30/07/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E187.67EC.D4E8.C732.3976.DEA9.8FE1.1CC5

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
59,58	27%	16,08

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	22,98
TRANSMISSÃO	1,82
DISTRIBUIÇÃO	13,50
ENCARGOS SETORIAIS	3,06
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	18,22

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

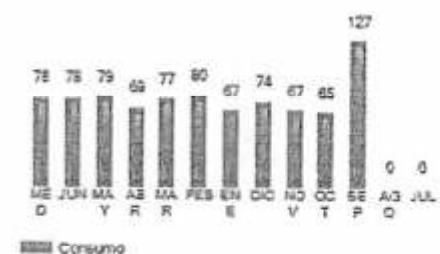
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,13

Conjunto CAUCAIA

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual	Apuração Individual				
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,21	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,21		

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

\*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
 SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.\*  
 Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

Conta desta fatura R\$ 2,14 referente à FIC + COFINS. Aliquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,9%  
 (Art. 3º Reg. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9681143-9** Nº da Nota Fiscal: **579720098** Total a Pagar (R\$): **71,26**  
 Data de Emissão: **04/07/2019** Referência: **JUN/2019** Nº de Controle: **0009681143 00010 4312 2 03**

83890000000-5 71260031000-9 00096811430-0 00104312228-9



CURA DE SUG. LTDA.

JUL. 2019



Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

*Não Esqueça o Sutiã*

## Receituário

Cereais

A Newlyn

De seu controlador

Dr. Rodrigo Lameira Rosa  
CRM-7257

13/05/18

**Alimente sua saúde**  
Coma mais frutas, legumes e verduras

*LITURA DE SEG. LITRA*  
26 JUL 2018  
LITRA



## RECEITUÁRIO

Paciente: Bró Flávio Nogueira Santos  
BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

PI DPVAT

Paciente com sequelas  
de amputação de dedos na  
mão e o pé E, por acidente  
de trânsito.

Data: 30/05/19

Ass./Carimbo do Médico

  
"Nome - Dr. Carimbo  
CRM-CE 4263 CPF: 313.547.935-01"

# LAUDO MÉDICO

## RELATÓRIO DE ALTA - SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA

JOSÉ EVANDRO MAIA SANTOS

Identificação: 5605746	Unidade: 18	Leito: 03
------------------------	-------------	-----------

### RESUMO CLÍNICO

**Sintoma/Intercorrências/Medicações relevantes:** PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO EM 03/03/19, SISTENDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5º QDE SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DE 5º QDE dia 03/03/19 POR DR. VALDERI CUNHA. AMPRESENTOU TAMBÉM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MTT-FALANGEANA DE 2º,3º,4º E 5º DE PÉ ESQUERDO. FIZIDO A REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO POR DR. CLECIUS + DR. JONAS (R3) DA TRAUMATOLOGIA DIA 03/03/19. ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS COM MOVIMENTAÇÃO PRESENTE DE DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

**Diagnóstico Principal:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5ºQDE

**Quetas apresentadas:** não se aplica

**Documentos Cirúrgicos:** ( X ) Sim ( ) Não

Data: 03 / 03 / 19

Cirurgia realizada: VIDE RESUMO

Cirurgião:

Tipo de anestesia/sedação: VIDE RESUMO

Data:

Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia/sedação:

Data:

### Indicações de Alta/Transferência

( ) Melhorado ( x ) Inalterado ( ) Óbito ( )

( x ) Residência ( x ) Atendimento domiciliar ( ) Transferência para: \_\_\_\_\_

( x ) Ambulatório (vide abaixo)

### Observações:

Vide consulta no ambulatório do Dr. DR. BRENO para 02 SEMANAS , às 10h.

OCAR O CURATIVO DE 2 EM 2 DIAS.

medicações prescritas.

manter a mão elevada.

os pontos no ambulatório.

LIBERA CONSULTURA DE 02 SEMANAS

26 JUL. 2015

Dr. Victor Barbosa  
Cirurgião Geral  
CREMEC 15938

Médico

CRM/Carimbo

dat.: 17/07/19

Revisão: Jul/2015	Data Elaboração: 10/07/2013
----------------------	--------------------------------



# LAUDO MÉDICO

## RELATÓRIO DE ALTA - SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: JOSÉ EVANDRO MAIA SANTOS

Prontuário: 5605746

Unidade: 18

Leito: 03

### RESUMO CLÍNICO

**Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:** PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO EM 03/03/19, APRESENTANDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5º QDE SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DE 5º QDE dia 03/03/19 POR DR. VALDERI NA URGÊNCIA. AMPRESENTOU TAMBÉM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MTT-FALANGEANA DE 2º, 3º, 4º E 5º DE PÉ ESQUERDO SUBMETIDO A REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO POR DR. CLECIUS + DR. JONAS (R3) DA TRAUMATOLOGIA DIA 03/03/19. ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS COM MOVIMENTAÇÃO PRESENTE DE DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

**Diagnóstico Principal:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5ºQDE

**Sequelas apresentadas:** não se aplica

**Procedimentos Cirúrgicos:** ( X ) Sim ( ) Não

1. Cirurgia realizada: VIDE RESUMO

Data: 03 / 03 / 19

Tipo de anestesia/sedação: VIDE RESUMO

Cirurgião:

2. Cirurgia realizada:

Data:

Tipo de anestesia/sedação:

Cirurgião:

3. Cirurgia realizada:

Data:

Tipo de anestesia/sedação:

Cirurgião:

4. Cirurgia realizada:

Data:

Tipo de anestesia/sedação:

Cirurgião:

### Condições de Alta/Transferência

Curado ( ) Melhorado ( x ) Inalterado ( ) Óbito ( )

Destino: Residência ( x ) Atendimento domiciliar ( ) Transferência para: \_\_\_\_\_

Retornar: ( x ) Ambulatório (vide abaixo)

### Observações:

Marcar consulta no ambulatório do Dr. DR. BRENO para 02 SEMANAS, às 10h.

**TROCAR O CURATIVO DE 2 EM 2 DIAS.**

**Tomar medicações prescritas.**

**Manter a mão elevada.**

**Retirar os pontos no ambulatório.**

LIGIA GOMES/DR. SICL. LTDA

7/5/2019

Dr. Victor Barbosa  
Cirurgião Geral  
CREMEC 15938

Nº: \_\_\_\_\_

Data: 06/05/19

Médico

CRM/Carimbo

26 JUL 2019

LIBIR CUSTODIA DE LA UNIDAD

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIAL				
CPF: 01992796355	RG: 2004014005078	D.NASC: 19/02/1968	ESTADO CIVIL: Solteiro	
NAME: JOSE EVANDRO MARIA SANTOS	NAME DO PAI: FRANCISCO MARIICIO DOS SANTOS	SEXO: M	RAGACOR: Pardis	
TRG DE DODRADOURO: Rua	ENDERECO DO PACIENTE:	SANTATERZINHA	Nº: 275	BARIRIO: SAO MIGUEL (JUREMA)
COMPLEMENTO: TELEFONE: 986870817	MUNICIPIO: CAUCALA	UF: CE	CEP: 61640010	
DENTIFICOAGO DO RESPONSÁVEL:				
NAME DA MAE: MARIA MARLENE MARIA SANTOS	NAME DO PAI:	TELEFONE: 986870817		
NOME: SAINI USB 30 CONDUSTRD JORGE FALCAO				
TIPO DE VINCULO: ACIDENTE DE TRABALHO				
ACIDENTE DE CLASSE/AGRADE RISCO:				
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camionete				
QUERELAS: Pedalente vitima de colisão moto-carro. Lesões/golpes extensas em mão esquerda + fratura exposta de 5° quadracôndilo de mao E. Amputação em 5° pododactilo desse lado. Fratura exposta em 3° e 4° pododactilo.				
OBSTRUÇÕES: Lesões/golpes extensas em mão esquerda + fratura exposta de 5° quadracôndilo de mao E. Amputação em 5° pododactilo				
SINAIS VITIAIS:				
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública				
Escrta do Dr.: Moderado PRIDRADA DE ATENDIMENTO: LARANJA				
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:				
TEMPO NECESSARIO PARA OBSERVACAO:				
Conduita:				
Exame Físico:				
Anamnese:				
ATENDIMENTO MEDICO				
DATA DE HORA DO ATENDIMENTO:				
CARIMBO DE ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA:				



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **019.927.953-55**

Nome: **JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

Data de Nascimento: **19/02/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/04/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:08:43** do dia **25/07/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **C21F.2763.4E74.7521**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

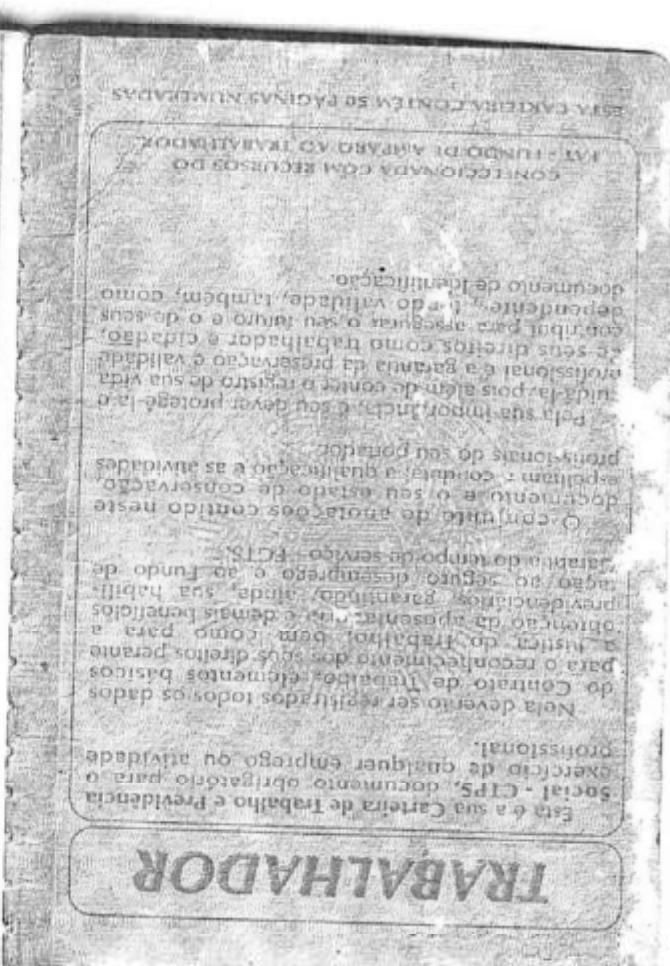
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

LIGIA CORRÊA DA SILVA  
26 JUL 2019



[View Details](#)

76 JUL. 2006





A composite image of a Brazilian passport page. It features a black and white portrait of a man in the center. Above the portrait is a barcode. To the left of the portrait is a small rectangular stamp with the letters 'SAB'. Below the portrait is a large rectangular area containing several lines of text. At the bottom of this area, the number '13194688' is printed. The text includes 'TEM PE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL' on the left, '13194688' in the middle, and '01/01/2010' at the top right. A signature is visible above the barcode. The entire page is framed by a thick black border.

TEM PE PUBLICAM TODD O TERRITÓRIO NACIONAL 13194688

ITEM FESTEJUCA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 131946006

ITEM DE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194688

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449292      **Cidade:** Caucaia      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EVANDRO MAIA SANTOS      **Data do acidente:** 03/03/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; DO 2º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CICATRIZAÇÃO DE FERIDA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 01/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO 100%

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 mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	30%	R\$ 4.050,00
<b>Total</b>			<b>40 %</b>	<b>R\$ 5.400,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449292 Cidade: Caucaia Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS Data do acidente: 03/03/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO  
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do 5º; dedo da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Ao exame físico do 2º; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no segundo dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 3º; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no terceiro dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 4º; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quarto dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 5º; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quinto dedo do pé esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TODAS AS LESÕES COM LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DOS COTOS. EVOLUIU COM BOA CICATRIZAÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA ANATOMICA TOTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA E DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS DO PE ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/10/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO TOTAL DO 5º DEDO DA MÃO E DANO TOTAL DO 2º, 3º E 4º DEDO DO PÉ . ADICIONAR MAIS UMA PERDA ANATOMICA TOTAL DE DEDO DO PE ESQUERDO À INDENIZAÇÃO.

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 completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

CARTA

EU, JOSE EVANDRO MAIA DOS SANTOS SPG 6519262 CPF  
955.9295

MORONOMUNICIPO DE CAUCAIA-CE, FUI VITIMA 09.08.2019.  
DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 03/08/2019, COMO CONSTA EM MINHA DOCUMENTAÇÃO. COISAS A MOTO-CARRO, ATENDIMENTO PRESTADO PELA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL BOLETO TIM DE ACIDENTE N° 19011575801001 E COMPROVA AVERACIDADE DOS FATOS

TIVE DOIS DE LOS AMPUTADOS RESULTUEMLES SOES ONDE  
FIQUEI COM DIFICULDADE EM REALIZAR ATIVIDADES DIARIAS PEGOU  
SEGURADORAMARQUE FUMA PERICLIA MEDICA PR SENCIAL  
PARA QUE EU SEJA AVALIADO E INDENIZADO OU QUE EU NAO FIO E PREJUDICA  
DO POR  
CONTA DE UM SERVICO BUREOCRATICO  
CERTO QUE SEREI ATENDIDO A GRADE DE JÁ  
CAUCAIA 06/08/19  
JOSE EVANDRO MAIA DOS SANTOS



## PROCURAÇÃO

Outorgante: José Evarandro Maia Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Teodoro de Castro nº 2853, bairro Jerema, Município de Caucaia, Estado de Ceará, Cep: 61600000, portador(a) do Rg nº 6519369, SSP/CE e CPF nº 019.927.953-55

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 oº 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) José Evarandro Maia Santos, ocorrido em 03/03/2019, 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, 25, de Julho, de 2019.



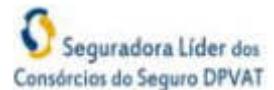
Assinatura: José Evarandro Maia Santos

Nome do Outorgante: José Evarandro Maia Santos  
CPF nº 019.927.953-55.

LUCAS CORRÊA DE SOUZA LTDA.

4.6 JUL. 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255278/19

Número do Sinistro: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

CPF: 019.927.953-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019  
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO  
CPF: 420.119.223-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255278/19

Número do Sinistro: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

CPF: 019.927.953-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2020  
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO  
CPF: 420.119.223-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255278/19

Número do Sinistro: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

CPF: 019.927.953-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019  
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO  
CPF: 420.119.223-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA