

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E 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 **WEB1.21.01868740-8** em **11/02/2021 11:03:32**.
- 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.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0204894-58.2021.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01868740-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 11/02/2021 11:03:32

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* : 2784475_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2784475_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-16.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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edilson nascimento Vítor
Nacionalidade: Anaúlio Est. Civil: Casado
Profissão: Revisor
Identidade: 0 28960982 0057 CPF: 024.330.733-08
Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: Manuela Luyt Antônio de Oliveira
Nacionalidade: Anaúlio Est. Civil: Casado
Profissão: Revisor
Identidade: 20085659681 CPF: 716.249.293-20
Endereço: Rua Olho d'água 1640

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Edilson nascimento Vítor

Eusebio 28 de fevereiro de 2020
Local e data

Reconhecido por Edilson nascimento Vítor na verdade
Em Testemunha Antônio de Oliveira da firma Antônio de Oliveira

28 FEV 2020

CARTÓRIO SAMPAIO EUSEBIO - RJ

RECONHECIMENTO DE FIRMA

N. CP 865561

CEMP

RECONHECIMENTO DE FIRMA

N. CP 865561

QRCODE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092090/20

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF: 024.330.733-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: EDILSON NASCIMENTO
VERAS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ : 716.249.293-20

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

EDILSON NASCIMENTO VERAS : 024.330.733-08

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: 13/03/2020
Nome: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ
CPF: 716.249.293-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

ALANA DA SILVA DE MATOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍEULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015385017489 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RECIBO CE Nº 015385017489

DETAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA COD. RENAVAM 1042056177 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

DIG 1 NOME EDITSON NASCIMENTO VIEIRAS
PLACA ANT / UF CE CHASSI 9C2KD0810FR425297
ESPECIE TIPO FAB / MOTOCICLO / MÁQ / APPLC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO
MARCA / MODELO HONDA/XR160 Bros ESSD ANO FAB. / ANO MOD. 2015 / 2015 COR PREDOMINANTE PRETA

EUSEBIO / CE
OPF / CNPJ 02433073308 PLACA FMP2107 / CE
PLACA ANT / UF CE CHASSI 9C2KD0810FR425297
ESPECIE TIPO FAB / MOTOCICLO / MÁQ / APPLC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO
MARCA / MODELO HONDA/XR160 Bros ESSD ANO FAB. / ANO MOD. 2015 / 2015 COR PREDOMINANTE PRETA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

15385017489 3414035409

VA COD. RENAVAM 1042056177 MARCA / MODELO HONDA/XR160 Bros ESSD ANO FAB. / ANO MOD. 2015 / 2015 COR PREDOMINANTE PRETA

OPF / CNPJ 02433073308 MARCA / MODELO HONDA/XR160 Bros ESSD ANO FAB. / ANO MOD. 2015 / 2015 COR PREDOMINANTE PRETA

PRÉMIO TARIFÁRIO
I COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º VENC / COTAS
P FADA / IPVA PARCELAMENTO / GOTAS 2º VENC / COTAS
V 3º VENC / COTAS

PRÉMIO TARIFÁRIO
FAB (R\$) 36,05
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

IOP (R\$) 0,32
TUR. / SER. (R\$) 24,58
DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

OPF (R\$) 36,05
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05
IOP (R\$) 0,32
TUR. / SER. (R\$) 24,58
DATA DE PAGAMENTO 10/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.603/0001-04

EMPR2107

CONTRAN

BENATRAN

EUSEBIO / CE
Igor Ponte
Assistente Motorista
Data de Renovação 02/10/2019

LOCAL

DATA 02/10/2019

DE 015385017489

RECIBO CE Nº 015385017489

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

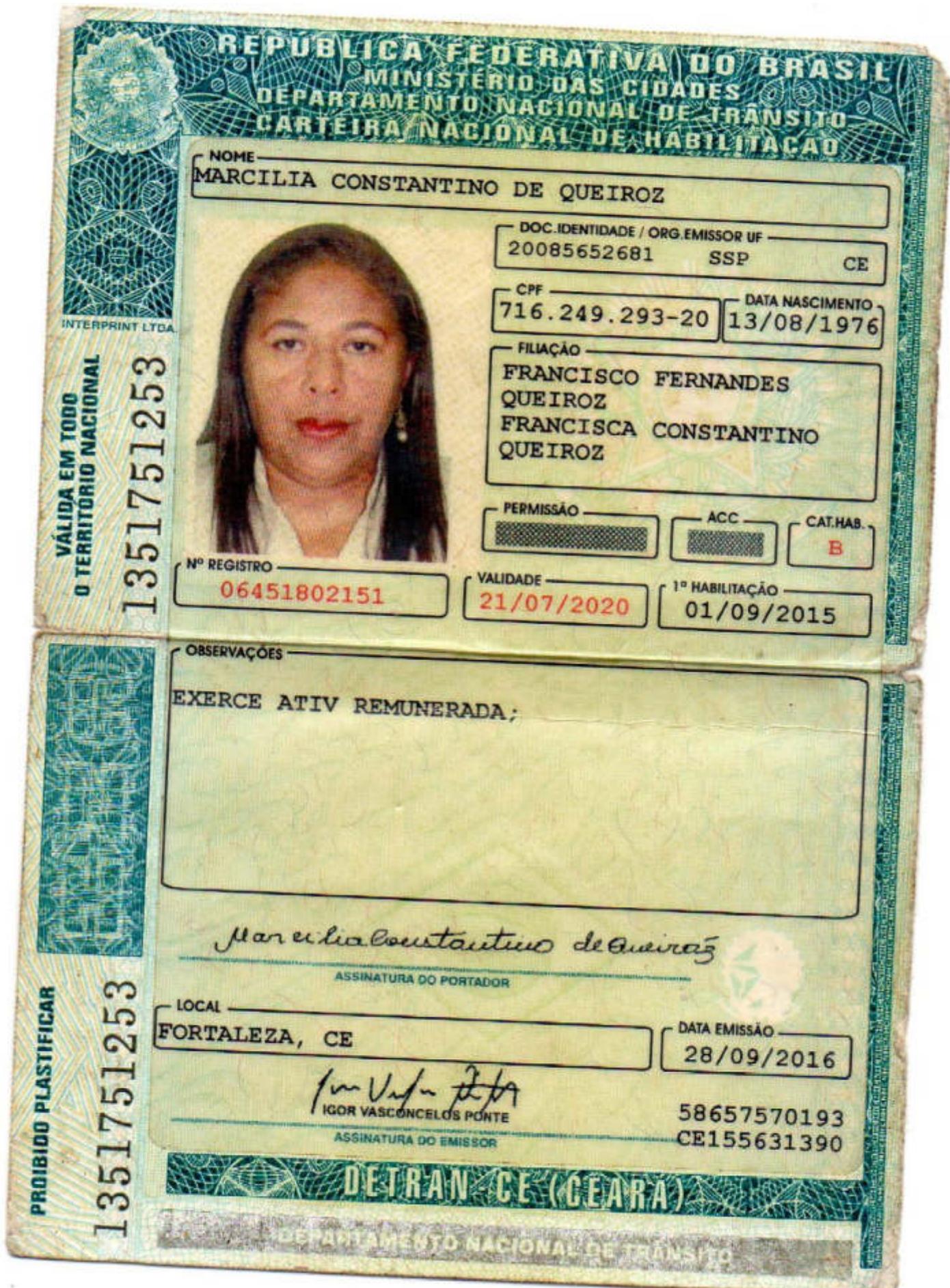
DE 015385017489

ASSINATURA

EMPR2107

COD. RENAVAM 1042056177





RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: EDILSON NASCIMENTO VERAS

Idade: 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5654075

Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

Bairro: MANGABEIRA

Num: 356

CEP: 61760-000

UF: CEARÁ

Cidade: EUSEBIO

Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 250

Leito: 2502

Internação: 20/01/2020

14:41

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

EDILSON, 32 ANOS, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO (20/1/2020), EVOLUINDO COM FRATURA DE ARCS COSTAIS E ESCÁPULA A ESQUERDA + CONTUSÃO PULMONAR + FRATURA DE COLO E DIÁFISE DE FÉMUR ESQUERDO + LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. APRESENTOU PNEUMOTÓRAX À E, SENDO REALIZADO DRENAGEM SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUIU COM FEBRE DE PROVÁVEL FOCO PULMONAR E POR FALTA DE CLÍNICO, FOI RETIRADO DRENO DE TÓRAX E APÓS CONCLUSÃO DO ATB, REALIZOU OSTE OSSÍNTE DE FX DE COLO DE FÉMUR EM 07/02 E TTO CIRÚRGICO DE DIÁFISE DE FÉMUR EM 13/02 SEM INTERCORRÊNCIAS. NO PÓS-OP, APRESENTOU FEBRE E COLEÇÃO EM FO, FAZENDO USO DE TAZOCIN E VANCO POR 7 DIAS. AVALIADO AO AMBULATÓRIO DO DR FLÁVIO LEITÃO EM 30 DIAS E SOLICITAR ELETRONEUROMIOGRAFIA. VAI DE ALTA

Exames Realizados

#TC QJADRIL ESQUERDO E DIREITO (22 E 29/1/2020): ACETÁBULO PRESERVADO. FRATURA DE COLO FEMORAL SEM DESLOCAMENTO ÓSSEO (30/1/2020): HB 9,1 LEUCO 9970 PLAQ 528000 INR 1,15 UR 36 CR 0,8 K 4,7 CA 8,7 131 PCR 189>54, UCT(29/01) NEGATIVO, HCT(29/01): NEGATIVA (05/02) HB 10,1 LEUCO 6350 PLAQ 642MIL NAS 134 PCR 25,1 UR 34 CR 0,8 K 4,7 US PARTES MOLES-> PEQUENAS COLEÇÕES EM SUBCUTÂNEO PROFUNDOS COM ORIFÍCIOS DE DRENAGEM PARA PELE, O MAIOR DE 3,4CM3

Terapêutica Utilizada

FEZ 8 DIAS DE MEROPENEM

TAZOCIN E VANCO POR 7 DIAS

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S202 - CONTUSAO DO TORAX

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
* Sim	S202	CONTUSAO DO TORAX
Não	S72	FRATURA DO FEMUR

*Joyce Alves da F. Farias
 Clínica Médica
 CREMEC 12009*

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 22/02/2020

Observações Complementares

retorno no ambulatório do dr marcelo girão em 15 dias e do dr flávio leitão em 30 dias
 não andar até o retorno

retirar pontos de ferida em 15 dias na unidade de saúde

Responsável

Médico: JOYCE ALVES DA FONSECA FARIAS

Data: 07/02/2020

Paciente: EDILSON NASCIMENTO VERAS	Idade: 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5654075
Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356			Bairro: MANGABEIRA
Num: 356	CEP: 61760-000	UF: CEARÁ	Cidade: EUSEBIO

Localização

Clinica: UNIDADE 25 **Enfermaria:** 250 **Leito:** 2502
Internação: 20/01/2020 14:41 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Procedimento Eletivo	07/02/2020 10:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRAO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Procedimento Eletivo	13/02/2020 10:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	JOSE MARCELLO SALES BRUNO

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402007236521 **Admissão:** 19/01/2020 16:08
Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS
Pront.: 5654075 **Data Nasc.:** 30/03/1987 **Idade:** 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s) **Tel.:** 85 98669-6762
Mãe: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
Sexo: Masculino **RG:** 0289609820057 **Município:** EUSEBIO
CEP: 61760-000 **Bairro:** MANGABEIRA
Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA **Classificador:** DENISE SALES ARACANJO **COREN:** 175063 **Horário:** 19/01/2020 16:11
Queixa: vítima de colisão moto x carro. politraumatizado. refere cervicalgia, dor toracica e em femur, desorientado

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA

Autoagressão: Não

Satô: 94 **Glasgow:** 15 **Temp.:** **Glicemia:** **Régua dor:** **Pulso/FC:** 106 **PA:** 144x97 **FR:** 20

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES GUIMARAES **CRM:** 7742 **Nº:** 597146 **Horário:** 19/01/2020 16:31

Acidente: SIM **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO X CARRO. COM FRATURA DE FEMUR ESQ E ARCOS COSTAIS SEM TCE ESTAVEL

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 20/01/2020 22:42

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional	
19/01/2022	16:11	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA	LARANJA	DENISE SALES ARACANJO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

SERVICO DE PROTOCOLO -
ENTRADA **EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
DATA 21/02/2020 MATRÍCULA	51022 Denise Sales	1

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402007236521 **Admissão:** 19/01/2020 16:08
Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS
Pront.: 5654075 **Data Nasc.:** 30/03/1987 **Idade:** 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s) **Tel.:** 85 98669-6762
Mãe: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
Sexo: Masculino **RG:** 0289609820057 **Município:** EUSEBIO
CEP: 61760-000 **Bairro:** MANGABEIRA
Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
19/01/2020 18:41	GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA	PACIENTE RELATA COLISÃO MOTO X CARRO DIA 19/01/2020, APRESENTA FRATURA FECHADA DE FEMUR ESQUERDO CD: INTERNO PARA CIRURGIA ELETIVA

PRESCRIÇÃO

Médico: VIRGINIA DE CASTRO MAIA RIBEIRO TEIXEIRA **CRM:** 12534 **Data:** 20/01/20 17:25

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 24/24 H	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER TRAUMATO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CLINICA DA DOR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CIRURGIA TORACICA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR> SOLUCAO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CLINICA DA DOR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER CIRURGIA TORACICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PARECER TRAUMATO	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702402007236521 **Admissão:** 19/01/2020 16:08
Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS
Pront.: 5654075 **Data Nasc.:** 30/03/1987 **Idade:** 32 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s) **Tel.:** 85 98669-6762
Mãe: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
Sexo: Masculino **RG:** 0289609820057 **Município:** EUSEBIO
CEP 61760-000 **Bairro:** MANGABEIRA
Endereço: R. VALTER BEZERRA DE SÁ, 356

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES GUIMARAES RABELO CRM 7742 **Data:** 19/01/20 16:34

Prescrição	Horário:
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR> SOLUCAO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 10.
 REGISTRA
 PELO SISTEMA SUS
 DATA 21 / 02 / 2020
 MATRÍCULA 51072
Yanira Ponsi

Nº do Cliente:

6429916

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



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 048559353

Rota EB318R53 - 45000

Referência 01/2020

Nome MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

Endereço RU DO OLHO DAGUA, 01640 - CS FUNDOS, OLHO DAGUA,
61760-000, EUSEBIO

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligaçāo Monofásico

Emissão 27/01/2020

Medidor 5364350-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

FABA8647C1049C0994E81F36F9D6C4F8

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior

27/12/2019

Atual

27/01/2020

Próxima prevista

26/02/2020

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDICĀO

Posto	Leit. Atual	- Leit. Anterior	Const.	= Consumo Mês (kWh)	+ Consumo Incl. (kWh)	= Consumo Fat. (kWh)	× Tarifa (R\$/kWh)	= Valor (R\$)
FP	10.347	10.347	1,00	00	00	30	0,54067	16,22

DADOS DO FATURAMENTO

CREDITO DE PEQUENOS VALORES ADICIONAL BAND. AMARELA CUSTO DE DISPONIBILIDADE DEBITO DE PEQUENOS VALORES	TARIFA	VALOR (R\$)
	-	-33,79
	0,01367	0,41
	-	16,22
	-	17,16

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, Florilia Constantino de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 716.249.293/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edilson nascimento Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.330.733/08,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edilson nascimento Júnior.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.330.733/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Olho 101 Água</u>	Número:	<u>1640</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Olho 101 Água</u>	Cidade:	<u>Eusebio</u>	Estado:	<u>Pe</u>
E-mail:	<u>meg-2012@hotmail.com</u>			CEP:	<u>61760-000</u>

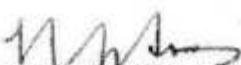
Local e Data: Eusebio 28 de fevereiro 2020

Florilia Constantino de Oliveira
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **EDILSON NASCIMENTO VERAS**, portador do RG n.^º 0289609820057, SSP-MA, inscrito no CPF n.^º 024.330.733-08, no dia 19/01/2020 às 14h00, no Município de Eusébio-CE, no cruzamento da Rua Francisco Oliveira com a Rua Zildenia, Bairro Coaçu, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 05 de fevereiro de 2020.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

6233553

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 - Fortaleza CE
fone: (085) 3251-0001-2D1C0E (085) 848-3

• Para regular seu abastecimento, utilize o nº acima
que não entra em contato com o solo.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 047944806

Rota EB314R60 - 53800 Referência 01/2020
 Nome SEBASTIANA NASCIMENTO VÉRAS
 Endereço RU PDEMINTO FERREIRA, 00047, DISTRITO TINBU,
 61760-000, EUSEBIO
 Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 22/01/2020
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Medidor 5111107-ELE-62
 Localização MonoFase 1

ABEA RESERVADA AO FISCO

卷之三十一

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA Anterior Atual Próxima previsão

SABOGA AMÉRICA

— 1 —

DADOS DO SATURAMENTO **TARIFA** **VALOR (R\$)**

PARÓS DO EATURAMENTO

DADOS DO PAGAMENTO		
CIP - ILUM PUB PREI MUNIC	-	18,5
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,8
PIS COMPL BX RENDA	-	0,1
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,7
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-40,0
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	40,0
JUROS MORATÓRIOS	-	0,7
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,24867	7,4
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,42743	29,9
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,64167	46,2
ADICIONAL BAND ALARELA	0,07400	2,2
COR CORRITO CREFAZ 0800 0525051	-	117,1

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	125,83	27,00	33,99
PIS	125,83	0,41	0,53
COFINS	125,83	1,78	2,25

02/03/2020

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 046.711.193-66
EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Fonte: Inmetro. | Compensação: ICQI. | Cenário: Ecologia (%CO₂)

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/12 Valor R\$349,18). A inadimplencia possibilita a suspensao do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 1.) e o envio dos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor de informar este numero. N° Cliente: 00000033553

Destinatario: Bond Tarif.: Anual/6 : 22/12 - 22/01

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM
OPÇÃO DE PARCELAR EM 2X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM
ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Nº do Cliente: 6233553 Referência: 01/2020 V: [1.0.0.7]
Data de Emissão: 22/01/2020 Total a Pagar (R\$): 234,00
Nº de Nota Fiscal: 047044862 Nº de Controle: 460024332060

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: 024 330 733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilene Nascimento Júnior

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

5 - Nome completo:	Edilene Nascimento Júnior		6 - CPF:	024 330 733-08	
7 - Profissão:	Recluso	8 - Endereço:	Rua Benedito Ferreira	9 - Número:	43
11 - Bairro:	Timbur	12 - Cidade:	Eusébio	13 - Estado:	CE
14 - CEP:	61760-000		15 - E-mail:	m.e.g.2012@hotmail.com	
16 - Tel.(DDD):	(85) 999207742		17 - Nome completo do Representante Legal:		

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

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 type="checkbox"/> RECLUSO 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: 4254

CONTA: 4269 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vir nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devica, 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 pedido (a rogo)
----	--

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, <u>Buriti</u> 28 fevereiro 2020 <u>Edilene Nascimento Júnior</u>
--

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Impresso nº 2020170862

FLS _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 206 - 1082 / 2020**Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 28/02/2020 10:47:10****Data / Hora da Ocorrência: 19/01/2020 13:00:00****Endereço da Ocorrência: R ZILDENIA - EUSEBIO/CE****Ponto de Referência: ESTRADA DO FIO****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: EDILSON NASCIMENTO VERAS**Nascimento: **30/03/1987** CPF:RG: **0289609820057** Orgão Emissor: **SSP** UF:**Filiação: TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
JOSÉ MARIA IVO VERAS**Endereço: **RUA VALTER BEZERRA DE SÁ, 90**Bairro: **TIMBÚ**Município: **EUSEBIO/CE**País: **BRASIL** CEP:Telefone: **9255-8159****Histórico**

Narra a vítima que pilotava sozinho sua moto PMP2107 HONDA/NXR16D BROS no dia e local acima mencionado, sentido Eusebio - Aquiraz; QUE trafegava por uma rua onde a preferencial era sua; QUE um carro PLACA POP5277 CHEVROLET/ONIX 10MT JOYE avançou a preferencial e atingiu o declarante; QUE o declarante foi arremessado ao chão, não ficou desacordado, mas não se lembra de muita coisa; QUE a condutora do veículo não se evadiu do local, lá ficando até que tudo fosse resolvido; QUE populares ligaram para o SAMU, o qual compareceu ao local e levou a vítima para o Hospital Frotinha de Messejana, no entanto, a vítima lá não ficou, pois o Hospital não fazia atendimento para o tipo de lesão sofrida pela vítima; QUE o SAMU o reconduziu para o Instituto Dr Jose Frota, onde ficou internado 34 dias, sendo também submetido a procedimento cirúrgico, pois fraturou o fêmur e as costelas; QUE também compareceu ao local do acidente a AMT/Eusébio, a qual identificou a condutora do veículo como sendo, ANTONIA LARINA NUNES DA SILVA. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :***Priscilla***PRISCILLA OLIVEIRA FARIA BEZERRA VICTOR - MAT.: 301256-5-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Edilson Nascimento Veras***VISTO DO DELEGADO(A) :***Everardo Lima da Silva* **EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7**

Relatório referente ao Boletim de Acidente de Trânsito.

O presidente da Autarquia Municipal de Trânsito do município do Eusébio, no uso de suas atribuições legais, certifica, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Transito - BOAT, sob nº 001137 acerca do acidente ocorrido na interseção das ruas Zildênia com Francisco Oliveira Almeida ESt. do Fio no Amador no dia 19 de janeiro de 2020 aproximadamente às 13:00hs, no seguinte teor:

Natureza do Acidente		Abalroamento lateral
Veiculo condutor - 01	e	Placa: POP-5277. Conduzido por Antônia Larina Nunes da Silva, nº de registro da Carteira Nacional de Habilitação – CNH 07306956388, portadora do CPF 077.939.503-48, telefone de contato (85)98708-7154.
Veiculo condutor - 02	e	Placa: PMP-2107. Conduzido por Edilson Nascimento Veras, portador do CPF 024.330.733-08 (condutor socorrido).

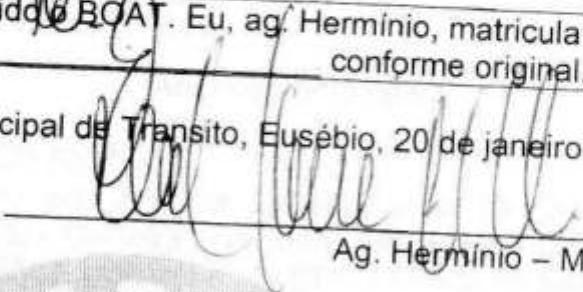
DESCRÍÇÃO:

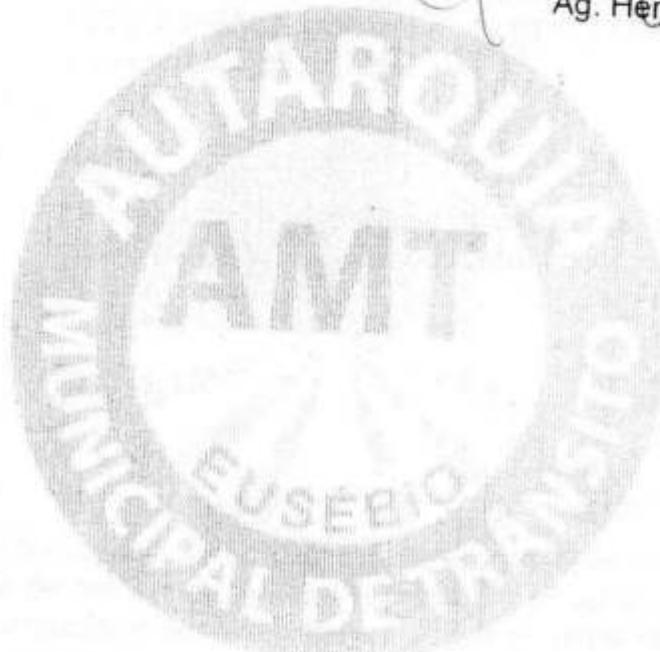
Atendeu a ocorrência: agt's. Hermínio, Lira e Serpa. Esta ocorrência teve inicio após a recepção de mensagem junto a Guarda Municipal do Eusébio através de seu posto de comando informando de um acidente viário no local supracitado. Informo ainda que chegando ao local nos deparamos com os dois veículos danificados no leito da via decorrentes de uma Abalroamento lateral (conforme croqui), o condutor 01 ileso e o condutor 02 socorrido, não teve uma sinalização atingida e já haviam acionados algum serviço público, ambulância USB-129. A descrição sumária do acidente teve como veículo 01 circulando e o veículo 02 circulando. Após os procedimentos iniciais de segurança viária dos envolvidos, constatou-se as seguintes condições das vias: pistas simples; pavimentos sendo asfalto; condições boas; sem canteiro elevado como separação central; alinhamento vertical plano; com uma faixa de rolamento para sentido. Condições do local: tempo bom; não havia obras de arte; não havia obras na pista; condições boa da calçada; cruzamento em "+"; alinhamento horizontal reto; local comercial; com bom estado a sinalização horizontal e sem sinalização vertical; superfície seca; não havia controle de tráfego e a luz do dia. Os condutores não tinham condições de relatarem de modo formal o sinistro. Todos

os envolvidos permaneceram no local até a chegada dos órgãos competentes. No transcorrer desta ocorrência as partes possivelmente entraram em um acordo e ao término desta foi orientado às partes envolvidas a fazerem um Boletim de Ocorrência junto as Policia Civil do estado e com a finalidade de não ocasionar outros acidentes em potencial foi, após conclusão dos procedimentos de trânsito cabíveis, comunicado às partes a retirarem os veículos do local. Sem mais.

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, ag. Hermínio, matrícula 14570, descrevi e assino

Autarquia Municipal de Trânsito, Eusébio, 20 de janeiro de 2020.


Ag. Hermínio – Mat. 14570



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: 024 330 733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilene Nascimento Júnior

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

5 - Nome completo:	Edilene Nascimento Júnior		6 - CPF:	024 330 733-08	
7 - Profissão:	Recluso	8 - Endereço:	Rua Benedito Ferreira	9 - Número:	43
11 - Bairro:	Timbur	12 - Cidade:	Eusébio	13 - Estado:	CE
14 - CEP:	61760-000		15 - E-mail:	m.e.g.2012@hotmail.com	
16 - Tel.(DDD):	(85) 999207742				

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 type="checkbox"/> RECLUSO 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: 4254 CONTA: 4269 3
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vir nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deviga, 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 pedido (a rogo)
----	--

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
---	---

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
--	---

40 - Local e Data, Buriti, 28 julho 2020
Edilene Nascimento Júnior

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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON NASCIMENTO VERAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04254

CONTA: 00000004369-3

Nr. da Autenticação B811DD4153B05DBA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143240/20

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF: 024.330.733-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: EDILSON NASCIMENTO
VERAS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ : 716.249.293-20

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

EDILSON NASCIMENTO VERAS : 024.330.733-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/05/2020
Nome: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ
CPF: 716.249.293-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edilson nascimento Veras
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Revisor
Identidade: 0289609820057 CPF: 024.330.733-08
Endereço:

OUTORGADO:

Nome: Marielio Lays Tautílio de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Revisor
Identidade: 20085652681 CPF: 716.249.293-20
Endereço: Rua Olho d'água 1640

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Edilson nascimto Veros

Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200183647 Cidade: Eusébio Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS Data do acidente: 19/01/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA À ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.
FRATURA NO COLO DO FÊMUR À ESQUERDA (SEM DESVIO).
FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (OSTEOSSÍNTESE). P.1
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

6233553

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 Velzevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE UNICA | N° 047944806

Rota EB314R00 - 53800
 Nome SEBASTIANA NASCIMENTO VEPAS
 Endereço RU PERNODITO FERRERA, 00047, DISTRITO TIMBU
 61766-000, EUSEBIO
 Classificação Resid. Baixa Renda
 Modalidade Tarifária 1:1 RESIDENTIAL
 Ligação Monofásico

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



ÁREA RESERVADA AO FISCO

REFINANCIAMENTO FISCAL

DATAS DE LEITURA
 Anterior Atual Próxima-previsão
 2020-01-2020 2020-02-2020

DADOS DA MEDIDAÇÃO

Ponto	Lef. Atual	Lef. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fut. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PF	125,87	125,87					0,16	20,15

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREI MUNIC	-	18,58
ICHIS COMPL BX RENDA	-	10,82
PIS COMPL BX RENDA	-	0,16
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,73
DESCONTO BAIXA RENDA	-	40,08
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	40,08
JUROS MORATÓRIOS	-	0,76
CONSUMO DE 0000 KWH ATÉ 030 KWH	0,24367	7,46
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,42743	29,92
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,64167	46,20
ADITACIONAL BAND. AMARELA	0,07400	2,22
COR COR IT01 CREFAZ 0800 0525051	-	117,15

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	125,88	27,00	33,99
PIS	125,88	0,41	0,51
COFINS	125,88	1,78	2,25

VALOR TOTAL	234,00
CPF/CNPJ	046.711.193-66

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compensar suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Conselho Ecologico (kCO₂)

67,14 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui débito(s) em atraso (Ref:2019/12 Valor R\$249,18). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 1.1.) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor para informar este aviso. N° Cliente: 000006233553.

Periodos: Band. Tarif.: Amarelo : 22/12 - 22/01

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 2X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Nº do Cliente: 6233553 Referência: 01/2020 V:[1.0.0.7]
 Data de Emissão: 22/01/2020 Total a Pagar (R\$): 234,00 E: 11.07242481
 N° de Nota Fiscal: 047944806 N° de Controle: 400001437080 26.661445
 8380000000025 340000310407 002432080070 000062335537 26.40424077





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Impresso nº 2020170862

FLS

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 206 - 1082 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/02/2020 10:47:10**

Data / Hora da Ocorrência: **19/01/2020 13:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R ZILDENIA - EUSEBIO/CE**

Ponto de Referência: **ESTRADA DO FIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDILSON NASCIMENTO VERAS**

Nascimento: **30/03/1987** CPF:

RG: **0289609820057** Orgão Emissor: **SSP** UF:

Filiação: **TEREZINHA DE JESUS NASCIMENTO VERAS
JOSÉ MARIA IVO VERAS**

Endereço: **RUA VALTER BEZERRA DE SÁ, 90**

Bairro: **TIMBÚ**

Município: **EUSEBIO/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **9255-8159**

Histórico

Narra a vítima que pilotava sozinho sua moto PMP2107 HONDA/NXR16D BROS no dia e local acima mencionado, sentido Eusebio - Aquiraz; QUE trafegava por uma rua onde a preferencial era sua; QUE um carro PLACA POP5277 CHEVROLET/ONIX 10MT JOYE avançou a preferencial e atingiu o declarante; QUE o declarante foi arremessado ao chão, não ficou desacordado, mas não se lembra de muita coisa; QUE a condutora do veículo não se evadiu do local, lá ficando até que tudo fosse resolvido; QUE populares ligaram para o SAMU, o qual compareceu ao local e levou a vítima para o Hospital Frotinha de Messejana, no entanto, a vítima lá não ficou, pois o Hospital não fazia atendimento para o tipo de lesão sofrida pela vítima; QUE o SAMU o reconduziu para o Instituto Dr Jose Frota, onde ficou internado 34 dias, sendo também submetido a procedimento cirúrgico, pois fraturou o fêmur e as costelas; QUE também compareceu ao local do acidente a AMT/Eusébio, a qual identificou a condutora do veículo como sendo, ANTONIA LARINA NUNES DA SILVA. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Priscilla
PRISCILLA OLIVEIRA FARIA BEZERRA VICTOR - MAT.: 301256-5-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Edilson Nascimento Veras

VISTO DO DELEGADO(A) :

Everardo Lima da Silva
EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7

Relatório referente ao Boletim de Acidente de Trânsito.

O presidente da Autarquia Municipal de Trânsito do município do Eusébio, no uso de suas atribuições legais, certifica, a requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Acidente de Transito - BOAT, sob nº 001137 acerca do acidente ocorrido na interseção das ruas Zildênia com Francisco Oliveira Almeida ESt. do Fio no Amador no dia 19 de janeiro de 2020 aproximadamente às 13:00hs, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	Abalroamento lateral
Veiculo condutor - 01	Placa: POP-5277. Conduzido por Antônia Larina Nunes da Silva, nº de registro da Carteira Nacional de Habilitação – CNH 07306956388, portadora do CPF 077.939.503-48, telefone de contato (85)98708-7154.
Veiculo condutor - 02	Placa: PMP-2107. Conduzido por Edilson Nascimento Veras, portador do CPF 024.330.733-08 (condutor socorrido).

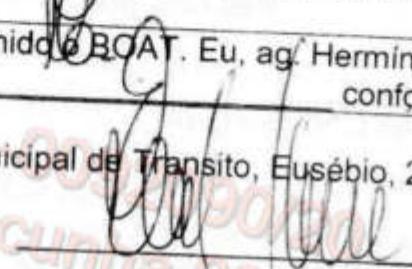
DESCRÍÇÃO:

Atendeu a ocorrência: agt's. Hermínio, Lira e Serpa. Esta ocorrência teve inicio após a recepção de mensagem junto a Guarda Municipal do Eusébio através de seu posto de comando informando de um acidente viário no local supracitado. Informo ainda que chegando ao local nos deparamos com os dois veículos danificados no leito da via decorrentes de uma Abalroamento lateral (conforme croqui), o condutor 01 ileso e o condutor 02 socorrido, não teve uma sinalização atingida e já haviam acionados algum serviço público, ambulância USB-129. A descrição sumária do acidente teve como veículo 01 circulando e o veículo 02 circulando. Após os procedimentos iniciais de segurança viária dos envolvidos, constatou-se as seguintes condições das vias: pistas simles; pavimentos sendo asfalto; condições boas; sem canteiro elevado como separação central; alinhamento vertical plano; com uma faixa de rolamento para sentido. Condições do local: tempo bom; não havia obras de arte; não havia obras na pista; condições boa da calçada; cruzamento em "+"; alinhamento horizontal reto; local comercial; com bom estado a sinalização horizontal e sem sinalização vertical; superfície seca; não havia controle de tráfego e a luz do dia. Os condutores não tinham condições de relatarem de modo formal o sinistro. Todos

os envolvidos permaneceram no local até a chegada dos órgãos competentes. No transcorrer desta ocorrência as partes possivelmente entraram em um acordo e ao término desta foi orientado às partes envolvidas a fazerem um Boletim de Ocorrência junto as Polícia Civil do estado e com a finalidade de não ocasionar outros acidentes em potencial foi, após conclusão dos procedimentos de trânsito cabíveis, comunicado as partes a retirarem os veículos do local. Sem mais.

E assim foi descrito e preenchido o BOAT. Eu, ag. Herminio, matrícula 14570, descrevi e assino

Autarquia Municipal de Trânsito, Eusébio, 20 de janeiro de 2020.


Ag. Herminio – Mat. 14570

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: 024 330 733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilene Nascimento Viana

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

5 - Nome completo:	Edilene Nascimento Viana		6 - CPF:	024 330 733-08	
7 - Profissão:	Recluso	8 - Endereço:	Rua Benedito Ferreira	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	Timbaú	12 - Cidade:	Guarabira	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	m.e.g.2012@hotmail.com		16 - Tel.(DDD):	151 999207342	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE 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 type="checkbox"/> RECLUSO 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: 4254

CONTA: 4269 3

(Informar o dígito se missir)

(Informar o dígito se missir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se missir)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (velhastas)? 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 deviva, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Buriti, 28 fevereiro 2020
Edilene Nascimento Viana

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: 024 330 733-08 4 - Nome completo da vítima: Edilene nossumento Júnior

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

5 - Nome completo:	Edilene nossumento Júnior		6 - CPF:	024 330 733-08	
7 - Profissão:	Recluso	8 - Endereço:	Rua Bento Ferreira	9 - Número:	47
11 - Bairro:	Timbu	12 - Cidade:	Eusébio	13 - Estado:	CE
15 - E-mail:	m.e.g.2012@hotmail.com		14 - CEP:	61760-000	
			16 - Tel.(DDD):	(85) 999207342	

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 type="checkbox"/> RECLUSO 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: 4254

CONTA: 4269

(Informar o dígito se maior)

(Informar o dígito se maior)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se maior)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, Eusébio 28 fevereiro 2020
Edilene nossumento Júnior



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200183647 Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

Data do Acidente: 19/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON NASCIMENTO VERAS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDILSON NASCIMENTO VERAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004254

Conta: 000004369-3

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092090/20

Vítima: EDILSON NASCIMENTO VERAS

CPF: 024.330.733-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: EDILSON NASCIMENTO
VERAS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ : 716.249.293-20

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

EDILSON NASCIMENTO VERAS : 024.330.733-08

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: 13/03/2020
Nome: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ
CPF: 716.249.293-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

ALANA DA SILVA DE MATOS