



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro:	Independência
Processo:	02000588920238060092
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	24/03/2023 16:23:51

**Partes**

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

**Arquivos**

Petição:	2880210_CONTESTACAO_0 1 - 1-8.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2880210_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-36.pdf
Documentação:	2880210_CONTESTACAO_A nexo_02 - 37-46.pdf
Procuração/Substabeleciment o:	SUBSTABELECIMENTO_SU PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

---

**Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200439853**

**Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES**

**Data do Acidente: 10/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA EDUARDA MATEUS SALES**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/10/2020, emitida pelo Dr. ELAINE CRISTINA, CRM nº 20187 - CE, da Instituição HOSPITAL MUNICIPAL CEL. JOÃO GOMES, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3220032099**

**Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES**

**Data do Acidente: 10/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO**

**Procurador: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA EDUARDA MATEUS SALES**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000754-4**

Conta: **000008744-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63  
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRABESCO  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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:  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 (val nascit)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

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

40 - Local e Data, CE 01/12/2020  
Maria Eduarda Mateus Sales  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63  
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRABESCO  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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:  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 (val nascit)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

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

40 - Local e Data, CE 01/12/2020  
Maria Eduarda Mateus Sales  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63  
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRABESCO  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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:  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 (val rasoer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

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

40 - Local e Data, CE 01/12/2020  
Maria Eduarda Mateus Sales  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA  
Impresso nº 2020822374



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2020 10:15:44**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2020 04:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **PROX AO PONTO DO CARNEIRO - INDEPENDENCIA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA**  
Nascimento: **14/04/2000** CPF: **086.950.373-12**  
RG: **20190911047** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA AMÉRICO DE SOUSA E SILVA**  
**ANTONIO PROCÓPIO DA SILVA**  
Endereço: **RUA ABSON ALVES DE ARAUJO**  
Bairro: **NOVA BETANIA**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**  
Nascimento: **01/08/2002** CPF:  
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**  
Endereço: **RUA PELO SINAL**  
Bairro: **COHAB**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**  
Nascimento: **01/08/2002** CPF:  
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**  
Endereço: **RUA PELO SINAL**  
Bairro: **COHAB** CEP:  
Município: **INDEPENDENCIA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OIC3586 Uf: CE Município: FRECHEIRINHA Chassi: 9C2KC1670CR597005 Renavam: 481204121 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LEONARDO RODRIGUES DA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

A pessoa acima qualificada, após advertida das penas cominadas ao delito



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020**

de falsa comunicação de crime ou contravenção, afirma que na data, local e horário acima, estava pilotando sua motocicleta acima identificada; Que a declarante encontrava-se levando como garupeira a pessoa de ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA; Que na proximidade do Ponto do Carneiro, Independência-CE, o pneu da motocicleta da declarante veio derrapar; Que em seguida a declarante veio perder o controle do seu veículo; Que de imediato a declarante e a ANA KIMBERLLY veiram ao chão; Que após o acidente ambas seguiram para suas residências; Que ainda no mesmo dia, por conta da gravidade, a declarante e a ANA KIMBERLLY resolveram dirigir-se ao Hospital Municipal de Independência-CE; Que a declarante deu entrada no referido Hospital as 10h46min; Que conforme o boletim de atendimento apresentado a declarante veio a fraturar sua clavícula; Que ANA KIMBERLLY, que deu entrada no Hospital Municipal as 13h25min, conforme o boletim de atendimento apresentado, veio a fraturar um dos seus pulsos; Que ainda no mesmo dia a declarante e ANA KIMBERLLY foram transferidas para o Hospital São Lucas de Crateús-CE; Que a declarante apresenta como testemunha a também vítima ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA, RG 2019091104-7, CPF 086.950.373-12, filha de Antônio Procópio de Silva e Maria Américo de Sousa e Silva, residente na Rua Abson Alves de Araujo, 26, Nova Betania, Independência-CE;

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Maria Eduardo Mateus et al*

**VISTO DO(A) DELEGADO(A):**

**MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069**

*X Ana Kimberlly de Sousa e Silva*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA  
Impresso nº 2020822374



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2020 10:15:44**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2020 04:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **PROX AO PONTO DO CARNEIRO - INDEPENDENCIA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA**  
Nascimento: **14/04/2000** CPF: **086.950.373-12**  
RG: **20190911047** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA AMÉRICO DE SOUSA E SILVA**  
**ANTONIO PROCÓPIO DA SILVA**  
Endereço: **RUA ABSON ALVES DE ARAUJO**  
Bairro: **NOVA BETANIA**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**  
Nascimento: **01/08/2002** CPF:  
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**  
Endereço: **RUA PELO SINAL**  
Bairro: **COHAB**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**  
Nascimento: **01/08/2002** CPF:  
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**  
Endereço: **RUA PELO SINAL**  
Bairro: **COHAB** CEP:  
Município: **INDEPENDENCIA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OIC3586 Uf: CE Município: FRECHEIRINHA Chassi: 9C2KC1670CR597005 Renavam: 481204121 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LEONARDO RODRIGUES DA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

A pessoa acima qualificada, após advertida das penas cominadas ao delito

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

Impresso nº 2020822374

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020**

de falsa comunicação de crime ou contravenção, afirma que na data, local e horário acima, estava pilotando sua motocicleta acima identificada; Que a declarante encontrava-se levando como garupeira a pessoa de ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA; Que na proximidade do Ponto do Carneiro, Independência-CE, o pneu da motocicleta da declarante veio derrapar; Que em seguida a declarante veio perder o controle do seu veículo; Que de imediato a declarante e a ANA KIMBERLLY veiram ao chão; Que após o acidente ambas seguiram para suas residências; Que ainda no mesmo dia, por conta da gravidade, a declarante e a ANA KIMBERLLY resolveram dirigir-se ao Hospital Municipal de Independência-CE; Que a declarante deu entrada no referido Hospital as 10h46min; Que conforme o boletim de atendimento apresentado a declarante veio a fraturar sua clavícula; Que ANA KIMBERLLY, que deu entrada no Hospital Municipal as 13h25min, conforme o boletim de atendimento apresentado, veio a fraturar um dos seus pulsos; Que ainda no mesmo dia a declarante e ANA KIMBERLLY foram transferidas para o Hospital São Lucas de Crateús-CE; Que a declarante apresenta como testemunha a também vítima ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA, RG 2019091104-7, CPF 086.950.373-12, filha de Antônio Procópio de Silva e Maria Américo de Sousa e Silva, residente na Rua Abson Alves de Araujo, 26, Nova Betania, Independência-CE;

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Maria Eduardo Mateus et al***VISTO DO(A) DELEGADO(A):****MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069***X Ana Kimberlly de Sousa e Silva*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA  
Impresso nº 2020822374



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2020 10:15:44**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2020 04:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **PROX AO PONTO DO CARNEIRO - INDEPENDENCIA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA**  
Nascimento: **14/04/2000** CPF: **086.950.373-12**  
RG: **20190911047** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA AMÉRICO DE SOUSA E SILVA**  
**ANTONIO PROCÓPIO DA SILVA**  
Endereço: **RUA ABSON ALVES DE ARAUJO**  
Bairro: **NOVA BETANIA**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**  
Nascimento: **01/08/2002** CPF:  
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**  
Endereço: **RUA PELO SINAL**  
Bairro: **COHAB**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**  
Nascimento: **01/08/2002** CPF:  
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**  
Endereço: **RUA PELO SINAL**  
Bairro: **COHAB** CEP:  
Município: **INDEPENDENCIA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OIC3586 Uf: CE Município: FRECHEIRINHA Chassi: 9C2KC1670CR597005 Renavam: 481204121 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LEONARDO RODRIGUES DA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

A pessoa acima qualificada, após advertida das penas cominadas ao delito

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

Impresso nº 2020822374

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020**

de falsa comunicação de crime ou contravenção, afirma que na data, local e horário acima, estava pilotando sua motocicleta acima identificada; Que a declarante encontrava-se levando como garupeira a pessoa de ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA; Que na proximidade do Ponto do Carneiro, Independência-CE, o pneu da motocicleta da declarante veio derrapar; Que em seguida a declarante veio perder o controle do seu veículo; Que de imediato a declarante e a ANA KIMBERLLY veiram ao chão; Que após o acidente ambas seguiram para suas residências; Que ainda no mesmo dia, por conta da gravidade, a declarante e a ANA KIMBERLLY resolveram dirigir-se ao Hospital Municipal de Independência-CE; Que a declarante deu entrada no referido Hospital as 10h46min; Que conforme o boletim de atendimento apresentado a declarante veio a fraturar sua clavícula; Que ANA KIMBERLLY, que deu entrada no Hospital Municipal as 13h25min, conforme o boletim de atendimento apresentado, veio a fraturar um dos seus pulsos; Que ainda no mesmo dia a declarante e ANA KIMBERLLY foram transferidas para o Hospital São Lucas de Crateús-CE; Que a declarante apresenta como testemunha a também vítima ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA, RG 2019091104-7, CPF 086.950.373-12, filha de Antônio Procópio de Silva e Maria Américo de Sousa e Silva, residente na Rua Abson Alves de Araujo, 26, Nova Betania, Independência-CE;

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Maria Eduardo Mateus et al***VISTO DO(A) DELEGADO(A):****MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069***X Ana Kimberlly de Sousa e Silva*

# 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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63  
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRABESCO  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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:  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 (val nascit)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

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

40 - Local e Data, CE 01/12/2020  
Maria Eduarda Mateus Sales  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63  
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRABESCO  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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:  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 (val nascit)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

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

40 - Local e Data, CE 01/12/2020  
Maria Eduarda Mateus Sales  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

## Declaração de Inexistência de IML

[X] 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.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1912

**CONTA:** 611000

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

21/06/2022

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

PAG\_8129656

**VALOR TOTAL:**

843,75

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 00754

**CONTA:** 000000008744

---

---

**Número da Autenticação**

87C9CE0002C2A7AB

Nº do Cliente:  
**4341908**

A linha social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Pedro Valdevíno, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074500933**  
Rota ID0011001 - 300010 Referência 08/2020  
Nome BANCISCA NILDA AMERICO HONORATO  
Endereço RU ABDON ALVES DE ARAUJO, 00026 - 0601-6, NOVA BETANIA, 63640-000, INDEPENDENCIA  
Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 04/03/2020  
Modalidade Resid. Baixa Renda Medidor 4420867 - CPN-308  
Ligação B1 RESIDENCIAL  
ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

**DATAS DE LEITURA**  
Anterior: 08/08/2020 Atual: 08/08/2020 P.F.: 23 dias Próxima prevista: 09/03/2020

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F1	12.520	12.495	1,00	25	00	20	0,10500	2,125

**DADOS DO FATURAMENTO**

TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIÁRIO BRUTO	-
BENEFÍCIO TARIÁRIO LÍQUIDO	- 10,49
CONSUMO DE 000 kWh, até 030 kWh	- 5,55
MULTA	- 0,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,04	0,51	0,07
COFINS	16,04	2,39	0,37

**VENCIMENTO** 08/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 6,42  
**CONSUMO CONSCIENTE** 245.250.143-34  
EMISSIONES 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>) 0,00%

**REAVISO DE DÉBITO** Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 20/08/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como incluso em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000004341908.

DEBITOS ANTERIORES	MES ANO	VALOR (R\$)
00/2020	08/2020	30,40
04/2020	08/2020	4,53
05/2020	08/2020	7,49
06/2020	08/2020	7,30
07/2020	08/2020	33,09
Total:		R\$ 80,91

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. Tarifário de R\$ 10,19.  
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/07 - 04/08  
ATENÇÃO: As isenções extraordinárias concedidas a clientes cadastrados como Ex-Renda, cons. até 220 kWh, foram encerradas no dia 30/06. Em 07/20 permanece o desc. normal tarifa social de energia elétrica.  
Para mais informações acesse [www.ene.com.br](http://www.ene.com.br)

Nº do Cliente: 4341908 Referência: 08/2020  
Data de Emissão: 04/08/2020 Total a Pagar (R\$): 6,42  
Nº da Nota Fiscal: 074500933 Nº de Controle: 20010764741 V: [1.0.0.15]

8.5870000000 1 06420831020 4 01076474107 9 00004341908 9

**2ª via de conta de luz**  
 Conta de Luz | Grupo B | Série Única - 1 | Nº 005038122  
 Fisco D225.E7E5.DF54.85CF.3E23.DFE6.12D6.4D31  
**Endereço da Unidade Consumidora**  
 RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108 - RET.S.JOAOQUIM  
 ITABORAI - RJ  
**Nome** ROBERTA GONCALVES SILVA  
**RG / CPF / CNPJ** 115.497.227-51 Insc. Est.  
**Classificação** 01-RESIDENCIAL NORMAL,LIGAÇÃO BIFASICA  
**Referência** FEV/2020

**Ampla Energia e Serviços S.A.**  
 Praça Leonir Ramos, 1  
 Niterói - RJ  
 CEP 24210-205  
 CNPJ 33.050.071/0001-88  
 Insc. Est. 80.046.561  
 www.enel.distribuicao.com.br



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

**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**  
 \*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.\*

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)													
180	309	194	177	203	308	205	148	161	167	150	208	193	200
FEV/2019	MAR/2019	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	Média
<b>IMPOSTOS</b>													
<b>DADOS DO FATURAMENTO</b>													
<b>VALOR (R\$)</b>													
Base de Cálculo	Valor do Consumo do Mes											171,17	
R\$ 171,17	Multa por Atraso											3,72	
ICMS	Juros do Mes											1,64	
Alíquota	Atualizacao Monetaria do Mes											0,67	
18,00 %	Contribuicao Iluminacao Publica-Prefeitura											18,68	
Valor do Imposto													
R\$ 30,81													

DATAS	
Leitura Atual	14/02/2020
Leitura Anterior	15/01/2020
Próxima Leitura	Previsão
	17/03/2020

Consta desta fatura 10,01 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,81% (Art. 10 Res. 298/2006 – ANEEL e Leis N. 10.637/02 e 10.833/03)

INDICADORES DE QUALIDADE								
Conjunto	Limite (h)	Mensal	Trimestral	Anual	Apurado (h)	Mensal	Trimestral	Anual
VENDA DAS PEDRAS	DIC	5,19	10,38	20,77	DIC	0,00	0,00	0,63
	FIC	3,17	6,35	12,70	FIC	0,00	0,00	1,00
EUSD 59,60 Ref DEZ/2019	DMIC	2,94			DMIC	0,00		
	DICRI				DICRI			

DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS (R\$)									
Compra de Energia	49,65	Ampla	40,73	Tributos	40,82	Transmissão	8,20	Encargos Setorais	16,40

DADOS DA MEDIÇÃO						
Faturamento	Constante/ Medidor	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo do mês (kWh)	Tarifa	Valor (R\$)
NORMAL	FP	3172	2979	193	0,88689	171,17
LEITURA / FATURAMENTO	1,00	HP				
NORMAL		HI				
Energia Reativa	Fator de Potência	HR				
0,00 0,00		0				
Constante 0						

Nº DO CLIENTE	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>7505469-8</b>	<b>02/03/2020</b>	<b>195,88</b>

CÓDIGO DE BARRAS DO MÊS CORRENTE  
 83880000001-1 95880019000-8 00075054690-5 00154370271-3



**NOME** ROBERTA GONCALVES SILVA **Nº do Cliente** 7505469-8  
**Data de Emissão** 15/02/2020 **Referência** FEV/2020 **Vencimento** 02/03/2020 **Total a pagar (R\$)** 195,88

DÉBITOS PENDENTES	
Mês	Valor (R\$)
Outros	
<b>Total (R\$)</b>	



**DEBITO AUTOMÁTICO**  
 Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.  
 Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto, Juizados de Faltas e a Suspensão do Fornecedor de Energia Elétrica.  
 Autenticação Móvel

ROBERTA GONCALVES SILVA  
 RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108  
 ITABORAI - RJ  
 24813180

DADOS PARA ENTREGA	
Rota 12 21061 40 000554-6	Medidor 3731372
Nº do Cliente 7505469-8	CP CS
Emissão 15/02/2020	Apresentação 20/02/2020

**LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE**  
 DIC: Nº de horas que o cliente ficou sem energia.  
 FIC: Nº de vezes que o cliente ficou sem energia.  
 DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.  
 DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.  
 Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

**TENSÕES NOMINAIS PADRONIZADAS**  
 Disponíveis: 127 e 220 V  
 Limites Mín.: 116 e 201 V | Limites Máx.: 133 e 231 V  
 Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de luz, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo II.

100% Papel Reciclado, 100% Responsabilidade Social e Ambiental.



**REVOLUÇÃO DA CONTA**  
**REMETENTE**

**IMPORTANTE**  
 Confira sempre de volta referências e antecipe seus produtos não reconhecidos no momento de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destas referências, com exceção de cobrança de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentadas, como a CIP (contribuição de iluminação pública). Para garantir sua fatura, confira sempre suas referências, como o endereço e o número da unidade consumidora.



Agora somos Enel, um dos maiores grupos de energia do mundo, presente em 30 países, com mais de 50 anos de mercado e líder mundial em energias renováveis. No Brasil, estamos presentes em 15 Estados. Uma nova era. Uma nova energia.



Nº do Cliente:  
**4341908**

A linha social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Pedro Valdevíno, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074500933**  
Rota ID0011001 - 300010 Referência 08/2020  
Nome BANCISCA NILDA AMERICO HONORATO  
Endereço RU ABDON ALVES DE ARAUJO, 00026 - 0601-6, NOVA BETANIA, 63640-000, INDEPENDENCIA  
Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 04/03/2020  
Modalidade Resid. Baixa Renda Medidor 4420867 - CPN-308  
Ligação B1 RESIDENCIAL  
ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

**DATAS DE LEITURA**  
Anterior: 08/08/2020 Atual: 08/08/2020 P.F.: 23 dias Próxima prevista: 09/03/2020

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F1	12.520	12.495	1,00	25	00	20	0,10500	5,55

**DADOS DO FATURAMENTO**

TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIÁRIO BRUTO	-
BENEFÍCIO TARIÁRIO LÍQUIDO	- 10,49
CONSUMO DE 000 kWh, ate 030 kWh	- 5,55
MULTA	- 0,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,04	0,51	0,07
COFINS	16,04	2,39	0,37

**VENCIMENTO** 08/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 6,42  
**CONSUMO CONSCIENTE** 245.250.143-34  
EMISSIONES 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>)

**REAVISO DE DÉBITO** Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 20/08/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como incluso em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000004341908.

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. Tarifário de R\$ 10,19.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/07 - 04/08

**ATENÇÃO!** As isenções extraordinárias concedidas a clientes cadastrados como Ex-Renda, cons. ate 220 kWh, foram encerradas no dia 30/06. Em 07/20 permanece o desc. normal tarifa social de energia elétrica. Para mais informações acesse [www.ene.com.br](http://www.ene.com.br)

MES ANTERIORES	VALOR (R\$)
06/2020	30,40
04/2020	4,53
05/2020	7,49
06/2020	7,30
07/2020	33,09
<b>Total:</b>	<b>R\$ 80,91</b>

Nº do Cliente: 4341908 Referência: 08/2020  
Data de Emissão: 04/08/2020 Total a Pagar (R\$): 6,42  
Nº da Nota Fiscal: 074500933 Nº de Controle: 20010764741 V: [1.0.0.15]

**2ª via de conta de luz**  
 Conta de Luz | Grupo B | Série Única - 1 | Nº 005038122  
 Fisco D225.E7E5.DF54.85CF.3E23.DFE6.12D6.4D31  
**Endereço da Unidade Consumidora**  
 RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108 - RET.S.JOAOQUIM  
 ITABORAI - RJ  
**Nome** ROBERTA GONCALVES SILVA  
**RG / CPF / CNPJ** 115.497.227-51 Insc. Est.  
**Classificação** 01-RESIDENCIAL NORMAL,LIGAÇÃO BIFASICA  
**Referência** FEV/2020

**Ampla Energia e Serviços S.A.**  
 Praça Leonir Ramos, 1  
 Niterói - RJ  
 CEP 24210-205  
 CNPJ 33.050.071/0001-88  
 Insc. Est. 80.046.561  
 www.enel.distribuicao.com.br



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

**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**  
 \*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.\*

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)													
180	309	194	177	203	308	205	148	161	167	150	208	193	200
FEV/2019	MAR/2019	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	Média
<b>IMPOSTOS</b>													
<b>DADOS DO FATURAMENTO</b>													
<b>VALOR (R\$)</b>													
Base de Cálculo	Valor do Consumo do Mes											171,17	
R\$ 171,17	Multa por Atraso											3,72	
ICMS	Juros do Mes											1,64	
Alíquota	Atualizacao Monetaria do Mes											0,67	
18,00 %	Contribuicao Iluminacao Publica-Prefeitura											18,68	
Valor do Imposto													
R\$ 30,81													

DATAS	
Leitura Atual	14/02/2020
Leitura Anterior	15/01/2020
Próxima Leitura	Previsão
	17/03/2020

Consta desta fatura 10,01 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,81% (Art. 10 Res. 298/2006 – ANEEL e Leis N. 10.637/02 e 10.833/03)

INDICADORES DE QUALIDADE								
Conjunto	Limite (h)	Mensal	Trimestral	Anual	Apurado (h)	Mensal	Trimestral	Anual
VENDA DAS PEDRAS	DIC	5,19	10,38	20,77	DIC	0,00	0,00	0,63
	FIC	3,17	6,35	12,70	FIC	0,00	0,00	1,00
EUSD 59,60 Ref DEZ/2019	DMIC	2,94			DMIC	0,00		
	DICRI				DICRI			

DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS (R\$)									
Compra de Energia	49,65	Ampla	40,73	Tributos	40,82	Transmissão	8,20	Encargos Setorais	16,40

DADOS DA MEDIÇÃO						
Faturamento	Constante/ Medidor	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo do mês (kWh)	Tarifa	Valor (R\$)
NORMAL	FP	3172	2979	193	0,88689	171,17
LEITURA / FATURAMENTO	1,00	HP				
NORMAL		HI				
Energia Reativa	Fator de Potência	HR				
0,00 0,00		0				
Constante 0						

Nº DO CLIENTE	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>7505469-8</b>	<b>02/03/2020</b>	<b>195,88</b>

CÓDIGO DE BARRAS DO MÊS CORRENTE  
 83880000001-1 95880019000-8 00075054690-5 00154370271-3



**NOME** ROBERTA GONCALVES SILVA **Nº do Cliente** 7505469-8  
**Data de Emissão** 15/02/2020 **Referência** FEV/2020 **Vencimento** 02/03/2020 **Total a pagar (R\$)** 195,88

DÉBITOS PENDENTES	
Mês	Valor (R\$)
Outros	
<b>Total (R\$)</b>	

Somente através de identificação por código de barras



**DEBITO AUTOMÁTICO**  
 Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.  
 Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos órgãos de proteção ao crédito, cancelamento de cartões e a suspensão do fornecimento de Energia Elétrica.  
 Autenticação Móvel

ROBERTA GONCALVES SILVA  
 RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108  
 ITABORAI - RJ  
 24813180

DADOS PARA ENTREGA	
<b>Rota</b> 12 21061 40 000554-6	<b>Medidor</b> 3731372
<b>Nº do Cliente</b> 7505469-8	<b>CP</b> CS
<b>Emissão</b> 15/02/2020	<b>Apresentação</b> 20/02/2020

**LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE**  
 DIC: Nº de horas que o cliente ficou sem energia.  
 FIC: Nº de vezes que o cliente ficou sem energia.  
 DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.  
 DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.  
 Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

**TENSÕES NOMINAIS PADRONIZADAS**  
 Disponíveis: 127 e 220 V  
 Limites Mín.: 116 e 201 V | Limites Máx.: 133 e 231 V  
 Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de luz, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo II.

Informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta nas Lojas de Atendimento e no [www.enel.distribuicao.com.br](http://www.enel.distribuicao.com.br)  
 Para falar com a Enel Rio, ligue (24h) para um dos telefones abaixo:  
 • 0800 280 0120, ligações de telefones fixos e móveis.  
 • 0800 252 1987, para deficientes auditivos.  
 • (21) 3976 9956, atendimento fora da Área de Concessão.  
 • 0800 001 2000, ouvidoria, das 08h às 18h com protocolo do atendimento anterior.

100% Papel Reciclado, 100% Responsabilidade Social e Ambiental.



**REVOLUÇÃO DA CONTA**  
**REMETENTE**

**IMPORTANTE**  
 Confira sempre se valores referentes a serviços e produtos não reconhecidos no momento de energia elétrica, a cliente poderá analisar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com exceção de cobrança de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentadas, como a CIP (contribuição de iluminação pública). Para garantir que todos os valores estejam corretos, envie a minuta em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.



Agora somos Enel, um dos maiores grupos de energia do mundo, presente em 30 países, com mais de 50 anos de mercado e líder mundial em energias renováveis. No Brasil, estamos presentes em 15 Estados. Uma nova era. Uma nova energia.



Nº do Cliente:  
**4341908**

A linha social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Pedro Valdevíno, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074500933**  
Rota Referência: 08/2020  
Nome: ID0011001 - 300010  
Endereço: BANCISCA NILDA AMERICO HONORATO  
RU ABDON ALVES DE ARAUJO, 00026 - 0601-0, NOVA  
Classificação: BETANIA, 63640-000, INDEPENDENCIA  
Modalidade: Tarifa: Baixa Renda Emissão: 04/03/2020  
Ligação: B1 RESIDENCIAL Medidor: 4420867 - CPN-308  
ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

**DATAS DE LEITURA**  
Anterior: 00-00-0000 P.F.: 23 dias Próxima prevista: 00-00-0000

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Ext. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
B1	12.520	12.495	1,00	25	00	20	0,10500	5,55

**DADOS DO FATURAMENTO**

TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIÁRIO BRUTO	-
BENEFÍCIO TARIÁRIO LÍQUIDO	- 10,49
CONSUMO DE 000 kWh, ate 030 kWh	- 5,55
MULTA	- 0,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,04	0,51	0,07
COFINS	16,04	2,39	0,37

**VENCIMENTO** 08/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 6,42  
**CONSUMO CONSCIENTE** 11/08/2020 **CPF/CNPJ** 245.250.143-34  
EMISSIONES 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

**REAVISO DE DÉBITO** Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 20/08/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como incluso em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000004341908.

DEBITOS ANTERIORES	MES ANO	VALOR (R\$)
00/2020	00/2020	30,40
04/2020	04/2020	4,53
05/2020	05/2020	7,49
06/2020	06/2020	7,30
07/2020	07/2020	33,09
Total:		R\$ 90,91

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. Tarifário de R\$ 10,19.  
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/07 - 04/08  
ATENÇÃO! As isenções extraordinárias concedidas a clientes cadastrados como Ex-Renda, cons. ate 220 kWh, foram encerradas no dia 30/06. Em 07/20 permanece o desc. normal tarifa social de energia elétrica.  
Para mais informações acesse [www.ene.com.br](http://www.ene.com.br)

Nº do Cliente: 4341908 Referência: 08/2020  
Data de Emissão: 04/08/2020 Total a Pagar (R\$): 6,42  
Nº da Nota Fiscal: 074500933 Nº de Controle: 20010764741 V: [1.0.0.15]

**2ª via de conta de luz**

Conta de Luz | Grupo B | Série Única - 1 | Nº 005038122

Fisco D225.E7E5.DF54.85CF.3E23.DFE6.12D6.4D31

**Endereço da Unidade Consumidora**

RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108 - RET.S.JOAOQUIM ITABORAI - RJ

**Nome** ROBERTA GONCALVES SILVA**RG / CPF / CNPJ** 115.497.227-51 **Insc. Est.****Classificação** 01-RESIDENCIAL NORMAL,LIGAÇÃO BIFASICA**Referência** FEV/2020**Ampla Energia e Serviços S.A.**

Praça Leonir Ramos, 1

Niterói - RJ

CEP 24210-205

CNPJ 33.050.071/0001-88

Insc. Est. 80.046.561

www.enelidistribuicao.com.br

**A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.****INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

\*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.\*

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**180 309 194 177 203 308 205 148 161 167 150 208 193 200 Média  
FEV/2019 MAR/2019 ABR/2019 MAI/2019 JUN/2019 JUL/2019 AGO/2019 SET/2019 OUT/2019 NOV/2019 DEZ/2019 JAN/2020 FEV/2020**IMPOSTOS DADOS DO FATURAMENTO VALOR (R\$)**

Base de Cálculo	Valor do Consumo do Mes	171,17
R\$ 171,17	Multa por Atraso	3,72
ICMS	Juros do Mes	1,64
Alíquota	Atualizacao Monetaria do Mes	0,67
18,00 %	Contribuicao Iluminacao Publica-Prefeitura	18,68

Valor do Imposto

R\$ 30,81

**DATAS**

Leitura Atual

14/02/2020

Leitura Anterior

15/01/2020

Próxima Leitura

Prevista

17/03/2020

Consta desta fatura 10,01 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,81% (Art. 10 Res. 298/2006 - ANEEL e Leis N. 10.637/02 e 10.833/03)

**INDICADORES DE QUALIDADE**

Conjunto	Limite (h)	Mensal	Trimestral	Anual	Apurado (h)	Mensal	Trimestral	Anual
VENDA DAS PEDRAS	DIC	5,19	10,38	20,77	DIC	0,00	0,00	0,63
	FIC	3,17	6,35	12,70	FIC	0,00	0,00	1,00
EUSD 59,60 Ref DEZ/2019	DMIC	2,94			DMIC	0,00		
	DICRI				DICRI			

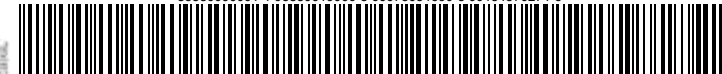
**DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS (R\$)**

Compra de Energia 49,65 Ampla 40,73 Tributos 40,82 Transmissão 8,20 Encargos Setorais 16,40

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Faturamento	Constante/ Medidor	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo do mês (kWh)	Tarifa	Valor (R\$)
NORMAL	FP	3172	2979	193	0,88689	171,17
LEITURA / FATURAMENTO	HP					
NORMAL	HI					
Energia Reativa	Fator de Potência	HR				
0,00 0,00	0					
Constante 0						

Nº DO CLIENTE	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>7505469-8</b>	<b>02/03/2020</b>	<b>195,88</b>

CÓDIGO DE BARRAS DO MÊS CORRENTE  
8388000001-1 95880019000-8 00075054690-5 00154370271-3**NOME** ROBERTA GONCALVES SILVA **Nº do Cliente** 7505469-8  
**Data de Emissão** 15/02/2020 **Referência** FEV/2020 **Vencimento** 02/03/2020 **Total a pagar (R\$)** 195,88

DÉBITOS PENDENTES	
Mês	Valor (R\$)
Outros	
<b>Total (R\$)</b>	



Somente através de identificação por código QR

**DEBITO AUTOMÁTICO**

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações para órgãos de proteção ao crédito, cancelamento de cartões e a suspensão do fornecimento de Energia Elétrica.

Autenticação Móvel

ROBERTA GONCALVES SILVA  
RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108  
ITABORAI - RJ  
24813180**DADOS PARA ENTREGA****Rota** 12 21061 40 000554-6**Nº do Cliente** 7505469-8**Emissão** 15/02/2020**Medidor** 3731372**CP** CS**Apresentação** 20/02/2020**LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE**

DIC: Nº de horas que o cliente ficou sem energia.  
 FIC: Nº de vezes que o cliente ficou sem energia.  
 DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.  
 DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.  
 Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

**TENSÕES NOMINAIS PADRONIZADAS**

Disponível: 127 e 220 V  
 Limites Min.: 116 e 201 V | Limites Máx.: 133 e 231 V  
 Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de luz, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo II.

Informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta nas Lojas de Atendimento e no [www.enelidistribuicao.com.br](http://www.enelidistribuicao.com.br)  
 Para falar com a Enel Rio, ligue (24h) para um dos telefones abaixo:

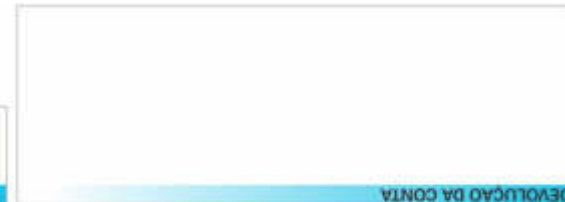
- 0800 280 0120, ligações de telefones fixos e móveis.
- 0800 252 1987, para deficientes auditivos.
- (21) 3976 9956, atendimento fora da Área de Concessão

- 0800 001 2000, custódia, das 08h às 18h com protocolo do atendimento anterior.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis.



100% Papel Reciclado. 100% Responsabilidade Social e Ambiental.



**IMPORTANTE**

Clientes com dívidas em atraso poderão não receber o atendimento de energia elétrica, a menos que tenham realizado o pagamento de todas as parcelas em atraso. A Enel não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de não atendimento de energia elétrica. A Enel não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de não atendimento de energia elétrica. A Enel não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de não atendimento de energia elétrica.



Agora somos Enel, um dos maiores grupos de energia do mundo, presente em 30 países, com mais de 50 anos de mercado e líder mundial em energias renováveis. No Brasil, estamos presentes em 15 Estados. Uma nova era. Uma nova energia.



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 120.281.807, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA EDUARDA MATEUS SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA EDUARDA MATEUS SALES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63, 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 DOS FERREIRA PINTO</u>	Número: <u>SIN</u>	Complemento: <u>278 - 2º 108</u>
Bairro: <u>SÃO JOAQUIM</u>	Cidade: <u>ITABOARI</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>24.813-180</u>	Tel.(DDD): <u>12196467-3588</u>

Local e Data: RJ, 03/12/2020

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 120.281.807, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA EDUARDA MATEUS SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA EDUARDA MATEUS SALES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63, 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 DOS FERREIRA PINTO</u>	Número: <u>SIN</u>	Complemento: <u>278 - 2º 108</u>
Bairro: <u>SÃO JOAQUIM</u>	Cidade: <u>ITABOARA</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>24.813-180</u>	Tel.(DDD): <u>12196467-3588</u>

Local e Data: RJ, 03/12/2020

Eduardo Machado  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 120.281.807, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA EDUARDA MATEUS SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA EDUARDA MATEUS SALES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63, 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 DOS FERREIRA PINTO</u>	Número: <u>SIN</u>	Complemento: <u>278 - 2º 108</u>
Bairro: <u>SÃO JOAQUIM</u>	Cidade: <u>ITABOARI</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>24.813-180</u>	Tel.(DDD): <u>12196467-3588</u>

Local e Data: RJ, 03/12/2020

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DATA: 10/10/2020 HORÁRIO: 10:46

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

PACIENTE: Michele Natassia Soares

CNS: \_\_\_\_\_ SEXO: F IDADE: 18

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/2002 NATURALIDADE: Terreiros, Pernambuco

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Pedro Sampaio N. 204

MÃE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

( ) CLÍNICO ( ) OBSTÉTRICO ( ) PSIQUIÁTRICO ( ) VIOLÊNCIA ( ) PEDIÁTRICO ( ) CIRÚRGICO (  ) ACIDENTE

PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ SPD 2: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**CONDUTA MÉDICA:**

Paciente vítima de queda de motocicleta apresentando  
entorses e trauma em tornozelo direito. Ao exame físico  
foi evidenciada deformidade.

CP: Sdrio B de tornozelo direito

PTO ambulatório

Limpo e unívoco das entorses

Claire Cristina L. Galu  
Médica  
CRM-CE: 20187

MÉDICO

Michele Natassia Soares  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DATA: 10/10/2020 HORÁRIO: 10:46

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

PACIENTE: Michele Eduardo Soares Sales

CNS: \_\_\_\_\_ SEXO: F IDADE: 18

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/2002 NATURALIDADE: Terra de Pernambuco

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Rua Pedro Sampaio N. 204

MÃE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

( ) CLÍNICO ( ) OBSTÉTRICO ( ) PSIQUIÁTRICO ( ) VIOLÊNCIA ( ) PEDIÁTRICO ( ) CIRÚRGICO (  ) ACIDENTE

PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ SPD 2: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**CONDUTA MÉDICA:**

Paciente vítima de queda de motocicleta sofrendo  
entorçoes e trauma em clavícula direita. Ao exame físico  
foi evidenciada deformidade.

CP: Sdrio B de Clavícula direita

PTO ambulatório

Limpza e unívio dos entorçoes

Claire Cristof L. Galu  
Médica  
CRM-CE: 20187

MÉDICO

Michele Eduardo Soares  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 034228	Atend. 0002	Nome do Paciente MARIA EDUARDA MATEUS SALES	CNS 164057591810009	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 093.597.463-63		Certidão Nascimento: 21065	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 01/08/2002	Local INDEPENDENCIA/CE		Idade 18 Ano(s)	
Pai NC	Mãe MICHELE MATEUS SALES			
Endereço RUA PELO SINAL, 24	Bairro COHAB	CEP 63640-000	Município INDEPENDENCIA	UF CE
Profissão SEM PROFISSAO	Empresa	Cônjuge		
Responsável MICHELE MATEUS SALES	CPF do Responsável	Endereço PELO SINAL, 24 CASA	Município INDEPENDENCIA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/10/2020	Hora 12:18	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FABRÍCIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU		CRM/UF 14707/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA		
Observação guia com validade 10/11/2020				
Sala	Data/Hora Liberação 10/10/2020 16:04		Tipo de Saída Alta clínica	

Sinais Vitais

Temperatura (oC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (ipm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Dor
36,20	116	20	140	85			98		8

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 10/10/2020 11:56  
Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE APRESENTA TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, REFERE DOR LOCAL  
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

10/10/2020 16:04:36h Responsável: FABRÍCIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU CRM-CE 14707  
PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA  
DESVIADA DE CLAVICULA DIREITA

CD: INDICAÇÃO DE CIRURGIA , FAMILIARES OPTAM POR ALTA E RETORNO  
NA SEGUNDA PARA INTERNAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

*f. viana*


Dr. Fabrício Viana  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 14707 RQE 8605

FABRÍCIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM: 14707



Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MICHELE MATEUS SALES

Dados do Paciente

Paciente MARIA EDUARDA MATEUS SALES				Prontuário 034228/0003	CNS 16.4057.591.8100-09
Sexo Feminino	Estado Civil Solteiro(a)	Profissão SEM PROFISSAO	Data de Nascimento 01/08/2002	Idade 18 ano(s) 02 mes(es) e 09 dia(s)	Cor Parda
Documento CPF: 09359746363		Nome da Mãe MICHELE MATEUS SALES			
Endereço RUA PELO SINAL, 24			Bairro COHAB	CEP 63640-000	
Município INDEPENDENCIA			UF CE	Telefone 88996167226	
Convênio SUS		Guia	Classificação de Risco * VERDE		Regime Pronto-atendimento
Médico JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA		
Origem CONSULTORIOS		Assinatura			

Peso (kg): \_\_\_\_\_ Dados Clínicos: \_\_\_\_\_

Utilização de filmes

Filmes: 18X24    24X30    30X40    35X35    35X43  
 Usado \_\_\_\_\_  
 Perdido \_\_\_\_\_

Exames Requisitados


Código Exame    Lado    Inc. Worklist Técnico  
 003541 ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR    Direito    2 156433 JOSE ERIMILSON FRANCO DE SOUSA

Interpretação

15-22

*Jose Erilson Franco de Sousa*  
 CRP-RO 0077  
 Radiologia

34228

Hospital São Lucas		<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>	
ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO			
Nome: <i>Maria Eduarda Mateus Sales</i>			
Cliente:	Unidade:	Enfermagem:	Leito:
EXAMES REQUISITADOS:			
<i>PX clavícula (D)</i>			
<i>10/10/2020</i>		<i>[Signature]</i>	
Data		Requisição de Exames	

HOSPITAL SAO LUCAS  
 MARIA EDUARDA MATEUS SAL  
 No.034228/0003 10/10/2020

Data: 10/10/2020 , No. 034228/0003  
 Convênio: SUS  
 Exame: ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Retirar em: \_\_\_\_\_  
 Prazo para retirada: 30 dias. Após essa data, os exames serão eliminados.

DATA: 10/10/2020 HORÁRIO: 10:46

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

PACIENTE: Michele Natassia Soares

CNS: \_\_\_\_\_ SEXO: F IDADE: 18

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/2002 NATURALIDADE: Terra de Pernambuco

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Pedro Sampaio N. 204

MÃE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

( ) CLÍNICO ( ) OBSTÉTRICO ( ) PSIQUIÁTRICO ( ) VIOLÊNCIA ( ) PEDIÁTRICO ( ) CIRÚRGICO (  ) ACIDENTE

PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ SPD 2: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**CONDUTA MÉDICA:**

Paciente vítima de queda de motocicleta sofrendo  
entorses e trauma em clavícula direita. Ao exame físico  
foi evidenciada deformidade.

CP: Sdrio B de Clavícula direita

PTO ambulatório

Limpza e unívulos das entorses

Claire Cristina L. Galu  
Médica  
CRM-CE: 20187

MÉDICO

Michele Natassia Soares  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SECRETARIA LINDER DN-AT e Assessoria 198 08-08-2019 12:25 04-97819 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polícia Civil  
0237



*Eduardo Machado*  
Assessor de Gabinete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.454.403-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO

EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DOC (BRASIL) C. NASC LIV 180AA FLS 51 SÃO JOÃO DE MERITI TERM 107476 RJ

001 2 Vv

LEI Nº 7.118 DE 29/05/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
120.281.807-22

Nome  
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento  
19/03/1989

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polígrafo Direito

Maria Eduarda Mateus Sales

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008900909 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2014

NOME MARIA EDUARDA MATEUS SALES

FILIAÇÃO MICHELE MATEUS MARIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/08/2002

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21065 FOLHA: 132V

LIVRO: A-22 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 130

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
093.597.463-63

Nome  
MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Nascimento  
01/08/2002

SECRETARIA LINDER DN-AT e Resoluções 198 08-08-2019 12:25 04-9-2019 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polícia Civil  
0237



*Eduardo Machado*  
Assessor de Gabinete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.454.403-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO

EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DOC (BRASIL) C. NASC LIV 180AA FLS 51 SÃO JOÃO DE MERITI TERM 107476 RJ

001 2 Vv

LEI Nº 7.118 DE 29/05/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
120.281.807-22

Nome  
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento  
19/03/1989

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polígrafo Direito

*Maria Eduarda Mateus Sales*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008900909 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2014

NOME MARIA EDUARDA MATEUS SALES  
FILIAÇÃO MICHELE MATEUS MARIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/08/2002

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21065 FOLHA: 132V  
LIVRO: A-22 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF

VTA *Assim. de Brasil* ASSINATURA DO DIRETOR P.: 130

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
093.597.463-63

Nome  
MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Nascimento  
01/08/2002

SECRETARIA LINDER DN-INT e Resoluções 198 08-08-2019 12:25 04-9-2019 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polícia Civil  
0237



*Eduardo Machado*  
Assessor de Gabinete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.454.403-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO

EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DOC (BRASIL) C. NASC LIV 180AA FLS 51 SÃO JOÃO DE MERITI TERM 107476 RJ

001 2 Vx

LEI Nº 7.118 DE 29/05/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
120.281.807-22

Nome  
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento  
19/03/1989

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polígrafo Direito

Maria Eduarda Mateus Sales

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008900909 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2014

NOME MARIA EDUARDA MATEUS SALES

FILIAÇÃO MICHELE MATEUS MARIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/08/2002

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21065 FOLHA: 132V

LIVRO: A-22 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 130

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
093.597.463-63

Nome  
MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Nascimento  
01/08/2002

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 4398 53

Data da solicitação: 22/12/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF do beneficiário: 093.597.463-63

Nome do solicitante: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF do solicitante: 093.597.463-63

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (21) 96467-3588  
DDD

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: \_\_\_\_\_

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITO TOTAL REANÁLISE DO MEU PEDIDO DPVAT. NÃO ME ENCONTRO MEDICANDO NENHUM TIPO DE TRATAMENTO E OBTIVE FRATURA GRAVE NA CLAVÍCULA ME CAUSANDO SÉRIAS LIMITAÇÕES.

CE, 22/12/2020

Local e Data

Maria Eduarda Mateus Sales

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200439853  
Data da solicitação: 08/06/2022  
Nome do beneficiário: MARIA EDUARDA MATEUS SALES  
CPF do beneficiário: 093.593.463-63  
Nome do solicitante: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO  
CPF do solicitante: 120.281.807-22

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (21) 96467-3588  
Tel. Comercial: ( )  
Tel. Residencial: ( )  
E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

- Laudo do IML  
 Boletim de Ocorrência  
 Notas fiscais complementares  
 Outros: (DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito REANÁLISE DO PEDIDO DA BENEFICIÁRIA EM QUESTÃO, DIANTE DOS NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS ONDE EVIDENCIA FRATURA, COMSTATANDO A LESÃO. SOLICITO MARCAÇÃO DE PÉDICE, CASO NECESSÁRIO.

Assinatura: 08/06/2022  
Local e Data  
Eduardo Machado  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assinie e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200439853 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES **Data do acidente:** 10/10/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO.  
ESCORIAÇÕES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220032099

**Cidade:** Independencia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

**Data do acidente:** 10/10/2020

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200439853 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES **Data do acidente:** 10/10/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO. (ESCORIAÇÕES)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

MARIA EDUARDA MATEUS SALES, brasileiro (a)  
estado civil: solteira, profissão: -, carteira de identidade  
nº 2008900909-0, órgão expedidor: SSP-CE  
C.P.F.nº 093.597.463-63, residente e domiciliado  
R. ADDON ALVES DE ARAUJO, nº 26, bairro NOVA BETÂNIA  
Cidade INDEPENDENCIA, no Estado de Ceará, pelo presente  
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,  
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

### OUTORGADO:

**EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO**, Brasileiro, solteiro, Empresário,  
Carteira de Identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente  
e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Cabuís, Nilópolis – RJ, CEP:  
26.540-390.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante  
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim  
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio  
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito  
o Sr.º (a) MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Ocorrido em 10/10/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me  
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e  
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do  
Outorgante.

Ceará, 01 de Dezembro de 2020.

Maria Eduarda Mateus Sales  
(OUTORGANTE)

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

MARIA EDUARDA MATEUS SALES, brasileiro (a)  
estado civil: solteira, profissão: -, carteira de identidade  
nº 2008900909-0, órgão expedidor: SSP-CE  
C.P.F.nº 093.597.463-63, residente e domiciliado  
R. ADDON ALVES DE ARAUJO, nº 26, bairro NOVA BETÂNIA  
Cidade INDEPENDENCIA, no Estado de Ceará, pelo presente  
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,  
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

### OUTORGADO:

**EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO**, Brasileiro, solteiro, Empresário,  
Carteira de Identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente  
e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Cabuís, Nilópolis – RJ, CEP:  
26.540-390.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante  
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim  
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio  
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito  
o Sr.º (a) MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Ocorrido em 10/10/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me  
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e  
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do  
Outorgante.

Ceará, 01 de Dezembro de 2020.

Maria Eduarda Mateus Sales  
(OUTORGANTE)

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

MARIA EDUARDA MATEUS SALES, brasileiro (a)  
estado civil: solteira, profissão: -, carteira de identidade  
nº 2008900909-0, órgão expedidor: SSP-CE  
C.P.F.nº 093.597.463-63, residente e domiciliado  
R. ADDON ALVES DE ARAUJO, nº 26, bairro NOVA BETÂNIA  
Cidade INDEPENDENCIA, no Estado de Ceará, pelo presente  
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,  
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

### OUTORGADO:

**EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO**, Brasileiro, solteiro, Empresário,  
Carteira de Identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente  
e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Cabuís, Nilópolis – RJ, CEP:  
26.540-390.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante  
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim  
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio  
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito  
o Sr.º (a) MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Ocorrido em 10/10/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me  
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e  
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do  
Outorgante.

Ceará, 01 de Dezembro de 2020.

Maria Eduarda Mateus Sales  
(OUTORGANTE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373708/20

**Vítima:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

**CPF:** 093.597.463-63

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 10/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

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

### MARIA EDUARDA MATEUS SALES : 093.597.463-63

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](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: 22/12/2020  
Nome: MARIA EDUARDA MATEUS SALES  
CPF: 093.597.463-63

MARIA EDUARDA MATEUS SALES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2020  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017413/22

**Vítima:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

**CPF:** 093.597.463-63

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

Comprovante de residência  
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIA EDUARDA MATEUS SALES : 093.597.463-63

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](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.**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350760/20

**Vítima:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

**CPF:** 093.597.463-63

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 10/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA EDUARDA MATEUS SALES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

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

### MARIA EDUARDA MATEUS SALES : 093.597.463-63

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](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: 04/12/2020  
Nome: MARIA EDUARDA MATEUS SALES  
CPF: 093.597.463-63

MARIA EDUARDA MATEUS SALES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2020  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA