

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:

02/12/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8179492

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO BARROS BERNARDO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000064072411

Número da Autenticação

5B6812DB7B65551F



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES LÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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

LEANDRO BARROS BERNARDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.372.693 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima LEANDRO BARROS BERNARDO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.372.693 / 00, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020;

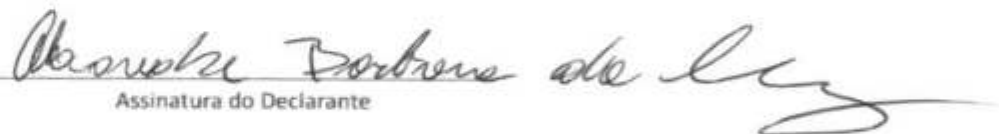
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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 PROFESSOR CABRAL</u>	Número:	<u>676</u>	Complemento:	<u>FUNDOS</u>
Bairro:	<u>PQ. SANTA ROSA</u>	Cidade:	<u>FORTALEZA</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:	<u>RC527310@GMAIL.COM</u>			CEP:	<u>60.762-775</u>
				Tel.(DDD):	<u>(85) 99925-3719</u>

Local e Data: FORTALEZA-CE, 20 DE SETEMBRO DE 2022


Assinatura do Declarante

Endereço: RUA IRMÃ AMBROSINA, 257, EUSÉBIO, CEARÁ - CE, 61760000
Tel. - CREB: 7103255

Paciente
LEANDRO BARROS BERNARDO
Data de nascimento
22/08/1987
Idade
34a 8m 28d
Mãe
AURIVANDA BARROS BERNARDO
Endereço
ASSIS MANGABA, 570
Acidente

Data/Hora Classificação
20/09/2020 11:32:43

Idade
34a 8m 28d
Motivo

RAE
291273
Sexo
Masculino
Bairro
OLHO D'ÁGUA

Data/Hora Entrada
20/09/2020 11:30:41
CHS
206737005629907
Município
EUSÉBIO
Profissional
ISOR RAFAEL ABREU
Data/Hora Prescrição
20/09/2020 11:34:51

Data Baixa
2020-12-21 10:42:29,0
Telefone d- Contato
(85) 95401 944
Prontuário
2066
UF
CE
Nº Cons. Regional
17956/CE

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica: 140.00 Pressão Arterial Diastólica : 80.00 Frequência Cardíaca: 65.00 Frequência Respiratória: 20.00
Temperatura Corporal: Saturação (spO2): 98.00 Hemoglicose (HGT): Cor da Pele: NORMAL
Pulsos: Altura (m): 0

ANAMNESE

PACIENTE SOFREU COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU À UNIDADE COM QUEIXANDO-SE DE DOR EM REGIÃO D EPERNA DIREITA, COM SINAIS DE DEFORMIDADE. NEGA TRAUMA CRANIANO OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

EXAME DE IMAGEM

RAIO X PERNA AP/P DIREITA

CID10

V22.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Alta

Usuário
PATRICIA FRANCO DA SILVA
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
21/12/2020 10:42:29
Observações:

**SUSPENSO ALTA ADMINISTRATIVA -
ALTA A REVELIA / EVASÃO!**

(Handwritten signature)
Dr. Isor Castelo Branco Mourão
Gerente Técnico - UPA Eusébio
CRM - 10330-CE

Enfermeiro

ISOR RAFAEL ABREU
(CRM: 17956/CE)

Boletim registrado por: PATRICIA FRANCO DA SILVA em 20/09/2020 11:30:41

UPA - SAÚDE
INTERESSADO
Data: 20/09/2020
OS
Assinatura

03/04/1925

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Luzinete Pereira Fernandes
.....
.....
.....

SOB REGISTRO DE PRONTUÁRIO Nº. *2055*.....

CPF: *031.332.643-00*.....

COMPARECEU À UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA), PARA
ATENDIMENTO MÉDICO NO DIA *21/03/22* ÀS *11* : *30* H.

(Obs: É necessário a cópia do Prontuário Médico para a autenticação desta
declaração.)

EUSÉBIO – CE, *10* DE *Março* DE *2022*

Any Karoline U. S. Peixoto
Assistente Social
CRESS. 11.646 - 3ª Região-CE

.....
Any Karoline U. S. Peixoto

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS
 NOME DO ACIDENTADO: LEANDRO BARROS BERNARDO
 N.º DO PRONTUÁRIO: 5184374
 N.º DO REGISTRO: 415103
 NASCIMENTO: 22/08/1987 (33 ANOS)
 SEXO: M
 RAÇA/COR: PARDOS
 ENDEREÇO: RUA ASSIS MANGABA 33 SAMU USB 129 SAMU CEARA OLHO D'ÁGUA
 CIDADE: FORTALEZA
 UF: CE

OCORRÊNCIA
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ACIDENTE DE MOTO
 MOTIVO: REFERE COLISÃO MOTO/MOTO, APRESENTA POSSIVEL FX EM MID
 ESCALA DE DOR: 5 (ADULTO)
 SINAIS VITAIS: SAT O2: 95%
 PULSO: NI
 QUEDA: NI
 RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: FABIANA ARAUJO NOGUEIRA
 DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 20/09/2020 12:19:11

ÁREA ATENDIMENTO
 ATENDIMENTO MÉDICO: *Fratura da tíbia distal com deslocamento e fratura da fíbula proximal. Fixação com placa e parafusos.*
 COD. PROCEDIMENTO: *86.22*
 TIPO DE ATENDIMENTO: EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA
 LOCAL: *Motociclista*
 MOTIVO DE ATENDIMENTO: SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA
+ Analgésicos + Antibióticos + Tratamento físico
APRAZAMENTO
32307-200
OBSERVAÇÕES
 Dr. Miguel Ricardo S. Neves
 Traumatologista
 CRM-CE 4299

TIPO DE ALTA/SAÍDA
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL.

Impresso por FABIANA ARAUJO NOGUEIRA em 20/09/2020 12:19:18
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do CPB.

25/05/2022
Dr. Germano

20/09/2020
 Hospital
 Edmilson Barros de Oliveira
 Messejana
 Fortaleza

LEANDRO BARROS BERNARDO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCITANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>LEANDRO RIBEIRO BARRAL</i>	6 - Nº PROCTUÁRIO <i>3189374</i>
7 - UNIDADE NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>02/03/1977</i>
9 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>MARILIA DA SILVA CARVALHO PEREIRA</i>	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO COM Nº BAIRRO <i>Rua José Manoel S/O Lacerda</i>	12 - CID - ICD 10
13 - Nº DE CONTATO TELEFÔNICO <i>03502</i>	14 - CÓD. INDE. MUNIC. <i>150</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Fratura fechada e fibrose de 1º grau da 1ª e 2ª falange proximal do 1º

2 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de metatarsal e parafuso

3 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA(S) DIAGNÓSTICA(S) (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Intervenção cirúrgica

4 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

1 - CID 10 PRIMÁRIO	2 - CID 10 SECUNDÁRIO	3 - CID 10 CAUSAL
---------------------	-----------------------	-------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

5 - DENOMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

6 - CLÍNICA

7 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

8 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

9 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

11 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Medeiros M. A. B. *25/05/2022* *3979619* *Medeiros Carlos B. Moraes* *Tratamentista* *CRM-CE 4295*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

12 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

13 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

14 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

15 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

16 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

17 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

18 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

19 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

20 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

21 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

22 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

23 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

24 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

25 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

26 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

27 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

28 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

29 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

51 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

52 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

53 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

54 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

55 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

57 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

58 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

59 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

60 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

61 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

62 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

63 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

64 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

65 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

66 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

67 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

68 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

69 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

70 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

71 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

72 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

73 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

75 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

76 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

77 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

78 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

79 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

80 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

81 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

82 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

83 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

84 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

85 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

86 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

87 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

88 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

89 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

90 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

91 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

92 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

93 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

94 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

95 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

96 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

97 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

99 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

100 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

25/05/2022

Fortaleza



HOSPITAL
Dionísio Lapa
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

C-3 Leto

ATENDIMENTO AMBULATORIAL
ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 59208
Nome: LEANDRO BARROS BERNARDO			CNS: 702006837682084
Idade: 33 anos 1 mês 3 dias			Data Nasc: 22/08/87
Nome da mãe: AURIVANDA BARROS BERNARDO			Nome do pai:
Endereço: NÃO INFORMADO			Nº: 0
Bairro: NÃO INFORMADO			Município: MARACANAÚ
RG: 2004006000146	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2004006000146			
Celular:			Fone:
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 25/09/20		Hora: 19:00:05	
Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES		CRM: 10184	
Especialidade:		Categoria: SUS	
Convenio: SUS		MOTORISTA:	
AMBULÂNCIA:		Situação:	
NÚMERO DA AR: 0			
Atendente: LINDEMBERGUE FERREIRA RAQUEL			

AMARELO: ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE: ()

AZUL: ()

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

Febre Acidente de trânsito

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

Raio-X

COMISSARIEIA DE PERITUARIO
CONFERIDO ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA
CNPJ 07.100.912
0210
582
CID: 582

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

ABEMP Associação Beneficente Médica de Pajuçara

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara
Maracanaú / Ceará

Fones: (85) 3215-3064

CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898-51

1.ª via - Farmácia ou Drogeria

2.ª via - Paciente ou Responsável

Data:

14, 10, 2020

Walter G. Brito de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 7811

Paciente:

Walter Brito de Oliveira

Endereço:

Prescrição: - CIPROFLOXACINA 500mg - 30 Comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 40 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

Walter G. Brito de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 7811

Identificação do Comprador

Nome:

Antônio Alexandre

Ident.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

995423132

Identificação do Fornecedor

Assinatura do farmacêutico

Data



HOSPITAL

DIONÍSIO LAPA

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUCARA

Leandro Soares Silva
331

Ferdous de Jesus I
Corina

Wagner Gendino de Oliveira
CRM 7941
22/10/2012

Rua João Corrêdo, 363 - Pauçara - Maranhão/Ceará - Fone: (85) 96705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005.898/55-51



DIONÍSIO LAPA

Leandro Soares Silva
331

Ferdous de Jesus I

Corina

Wagner Gendino de Oliveira
CRM 7941
22/10/2012

Rua João Corrêdo, 363 - Pauçara - Maranhão/Ceará - Fone: (85) 96705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005.898/55-51

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ABEMP: Associação Beneficente Médica de Pajuçara
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara
Maracanaú / Ceará
Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
(85) 98705.3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06
CNSS: 23002.005898/85-51

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Leandro Soares

Endereço: _____

Prescrição:

USO Oral

FOXIS 200mg 01 Cx.

Tomar 1 cápsula de 12/12 hs.

TRAUM RETARD 100mg 01 Cx.

Tomar 1 comprimido de 12/12hs.

DORENE Tabs 01 Cx.

75mg 150mg

Tomar 01 comprimido de 12/12 hs.

Data: 20/01/12

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone(s): _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



HOSPITAL
DIONÍSIO LAPA
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PIAUÇARA

Apucarã

Associação

Y-R

Grina Rafaela

[Signature]

D. Walter Cândido de Oliveira
CREFEC 7841
Ocupação: Farmacologia

085-9.9457256



HOSPITAL
DIONÍSIO LAPA
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PIAUÇARA

Atendimento Médico

Paciente Leonardo Barros

Bernardo 34 anos, Relato

história de Prostatite, início

há um ano e sintomas de irritação

desta - esta - com início de

amarelo para a urina

40% da
10/08/2022

D. Walter Cândido de Oliveira
CREFEC 7841
Ocupação: Farmacologia

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Lesandro Bonino Beltrão

vítima de acidente de trânsito, em 20/09/2020, sofreu:

Fratura da tíbia direita
CID - S82.3

e submeteu-se a tratamento(s):

Alumina
Redução e fixação da fratura
com placa e parafusos
fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Ciclo 1/2

Dores e desconforto
Marcha claudicante

Dificuldade de locomoção

Edemas no tornozelo

Deformidade no pé direito
Sinais de cicatrização

Não realiza atividades com grau
limitado funcional 75%

Atividade média e definitiva

07/10/2022

Dr. Francisco Salmato de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411 - RQE 10569

Dr. Francisco Mardônio Salmato de Almeida

CREMEC 4411 / _____

NOME
LEANDRO BARROS BERNARDO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DF
2004006000146 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
031.372.693-00 22/08/1987

RELACIONO
ANTONIO CARLOS DOS
ANJOS BERNARDO
AURIVANDA BARROS
BERNARDO

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
A

Nº REGISTRO
05295224780

VALIDADE
26/11/2031

1ª HABILITAÇÃO
02/09/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Leandro Barros Bernardo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
29/12/2021

ASSINATURA DO EMISSOR

84288854415
CE183578759

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
2150673205

PROIBIDO PLASTIFICAR
2150673205

DE ACORDO COM O ART. 100 DO CTB

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Nome do (a) Examinado (a): Leandro Barros Bernardo

Endereço do (a) Examinado (a) Fortaleza

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: 031.372.693-00

Data e local do acidente: 20/09/2020

Data e local do exame: Fortaleza CE, Ceará, 03 de novembro de 2022.

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da tíbia direita.

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

Fixação interna de fratura da tíbia direita com placa e parafusos e posterior fisioterapia motora. Alta definitiva no mês de outubro de 2022.

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

Apresenta cicatriz cirúrgica, alteração anatômica e funcional. Membro inferior direito com força grau 3, hipotrofia muscular, deformidade estrutural com o pé rodado externamente, bloqueio grave de flexão dorsal e de flexão plantar do tornozelo, alteração da marcha e dificuldade de agachamento.

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

Sim Não

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

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

Sequela anatômica e funcional moderada do membro inferior direito pela deformidade estrutural e pela perda parcial da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

“Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

“Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativo às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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



Dr. Cláudia Freitas Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

Assinatura do (a) Médico (a) Examinador (a)
Carimbo com nome e CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048107

Cidade: Eusébio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

Data do acidente: 20/09/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame físico: Apresenta cicatriz cirúrgica, alteração anatômica e funcional. Membro inferior direito com força grau 3, hipotrofia muscular, deformidade estrutural com o pé rodado externamente, bloqueio grave de flexão dorsal e de flexão plantar do tornozelo, alteração da marcha e dificuldade de agachamento. Sequela anatômica e funcional moderada do membro inferior direito pela deformidade estrutural e pela perda parcial da mobilidade.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, Fixação interna de fratura da tíbia direita com placa e parafusos e posterior fisioterapia motora. Alta definitiva no mês de outubro de 2022.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderada do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/11/2022

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048107

Cidade: Eusébio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

Data do acidente: 20/09/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XRELATÓRIO PÁG. 01 // ANEXO 1 PÁG. 01 07 14 // SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante LEANDRO BARROS BERNARDO
Estado Civil SOLTEIRO Profissão MECÂNICO
Residente RUA OLIMPO DE NORONHA, 92 ALTOS Bairro MONDUBIM
Município FORTALEZA UF CE Nascido 22/09/1987 CPF 021.372.693.00
RG 2004006000146 emissor _____ Em / /

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

Sr.(a) LEANDRO BARROS BERNARDO

Ocorrido em 20/09/2020

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

ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDI.ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

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

FORTALEZA 20, DE SETEMBRO, DE 2022

Leandro Barros Bernardo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026695/22

Número do Sinistro: 3220048107

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

CPF: 031.372.693-00

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: LEANDRO BARROS BERNARDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 24/10/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048107

Cidade: Eusébio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

Data do acidente: 20/09/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame físico: Apresenta cicatriz cirúrgica, alteração anatômica e funcional. Membro inferior direito

com força grau 3, hipotrofia muscular, deformidade estrutural com o pé rodado externamente, bloqueio grave de flexão dorsal e de flexão plantar do tornozelo, alteração da marcha e dificuldade de agachamento. Sequela anatômica e funcional moderada do membro inferior direito pela deformidade estrutural e pela perda parcial da mobilidade.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, Fixação interna de fratura da tíbia direita com placa e parafusos e posterior fisioterapia motora. Alta definitiva no mês de outubro de 2022.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderada do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/11/2022

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048107

Cidade: Eusébio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

Data do acidente: 20/09/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X RELATÓRIO PÁG. 01 // ANEXO 1 PÁG. 01 07 14 // SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026695/22

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

CPF: 031.372.693-00

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: LEANDRO BARROS
BERNARDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

LEANDRO BARROS BERNARDO : 031.372.693-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2022
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2022
Nome: PEDRO LEITE ALVES
CPF: 031.072.760-06

PEDRO LEITE ALVES

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048107

Vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO BARROS BERNARDO

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: LEANDRO BARROS BERNARDO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000064072411-2

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 1821 / 2022

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2022 13:31:40**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2020 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ASSIS MANGABA, 540 CEP: 61.760-000, OLHO D'AGUA - EUSEBIO/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEANDRO BARROS BERNARDO**
Nascimento: **22/08/1987** CPF: **031.372.693-00**
RG: **2004006000146** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **AURIVANDA BARROS BERNARDO**
ANTONIO CARLOS DOS ANJOS BERNARDO
Endereço: **RUA ASSIS MANGABA**
Bairro: **OLHO D'AGUA** CEP: **61.760-000**
Município: **EUSEBIO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99240-8879**
Email:

Histórico

A vítima comparece a esta delegacia a fim de registrar que na data e hora citados saiu de casa pilotando sua moto, uma HONDA CG 150, de cor PRETA e placa ORO-5950. Afirma que quando saiu de casa uma moto entrou de uma vez na curva, no sentido de contramão, que pra não bater na moto, a vítima freou de uma vez e derrapou, fazendo com que a moto caísse em cima de sua perna. QUE populares chamaram o SAMU para socorrer a vítima que estava caído no chão. Informa que ao chegar na UPA o atenderam a bateram um raio-X pra certificar que a vítima tinha quebrado o tornozelo direito. Declara que como sua perna precisou de cirurgia, o mesmo acabou sendo transferido pro FROTINHA DE MESSEJANA. QUE no hospital, o mesmo passou por uma cirurgia no tornozelo direito pra colocar platina e 10 parafusos. QUE devido o acidente ter sido no período da Pandemia, o mesmo não ficou muitos dias internados. QUE requer este B.o para fins de DPVAT. E nada mais disse.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leandro Barros Bernardo

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 031.372.693-00 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO BARROS BERNARDO

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

5 - Nome completo: LEANDRO BARROS BERNARDO 6 - CPF: 031.372.693-00
 7 - Profissão: MECÂNICO 8 - Endereço: RUA OLÍMPIO DE NORONHA 9 - Número: 92 10 - Complemento: ALTOS
 11 - Bairro: MONDUBIM 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60767-580
 15 - E-mail: nc527310@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (85)9 8529 6730

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: NUBANK
 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 64072411

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? 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 - Imprecisão de dados da vítima ou beneficiário não estabelecida
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, Fortaleza/ce, 20/09/20

Leandro Barros Bernardo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

B1 RESIDENCIAL - Residencial - FOH11U59 -
 241000 - 2409047-FAE-006

Monofásico

LUCY DE FREITAS PINHEIRO
 RU OLIMPIO DE NORONHA, 82, ALTOS
 MONDUBIM, FORTALEZA, CE
 CEP: 80761-580
 CPF: ***.785.411**- INSC. EST.: ISENTO

4633725

4633725

08/2022

15/09/2022

RS 91,85



NOTA FISCAL N 027100650 - SERIE 001 / DATA DE EMISSAO: 18/08/2022
 EMITIDO EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorizacao
 Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://dfe-portal.sefazvirtual.rs.gov.br/NF3efconsulta>
 chave de acesso:
 2322 0807 0472 5100 0170 6600 0027 1006 5020 7311 1877
 Protocolo de autorizacao: 0000000000000000 - as
 CFOP 5258: VENDA DE ENERGIA ELÉTRICA A NÃO CONTRIBUINTE
 Data de apresentacao: 18/08/2022

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 19/07 - 18/08

A tarifa da Enel Ceará foi reajustada, em média -3,01%, por meio da REH ANEEL n° 3.061/22, com vigência de 13/07/22 a 21/04/23. Mês de Agosto/22: bandeira verde.

Alíquota do ICMS limitada a 18% pela Lei CE n° 18.154/2022. Acréscimo 2% de FECOP até 31/12/2023 pela Lei complementar CE n° 287/2022.

Prezado cliente, a partir de 1° de agosto começam as visitas dos recenseadores que farão a coleta de dados para o Censo Demográfico 2022.

18/07/2022

18/08/2022

31

19/09/2022

Itens de Fatura

Unid	Qtd	Preço un (R\$) contributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	BC ICMS(R\$)	Alíq ICMS%	ICMS	Tarifa un. R\$
kWh	92	0,38587	35,50	1,21	35,50	20,00	7,10	0,29561
kWh	92	0,54022	49,70	1,70	49,70	20,00	9,94	0,41373
		0,00000	4,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
		0,00000	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000
		0,00000	1,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000

SUBTOTAL FATURAMENTO:

SUBTOTAL OUTROS:

TOTAL:

85,20
 6,65
 91,85 2,91 85,20 17,04