



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

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

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis  
Beviláqua  
Processo: 02093845520238060001  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 22/03/2023 10:11:42

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2880818\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2880818\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 1-26.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.

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](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 | 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 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 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;

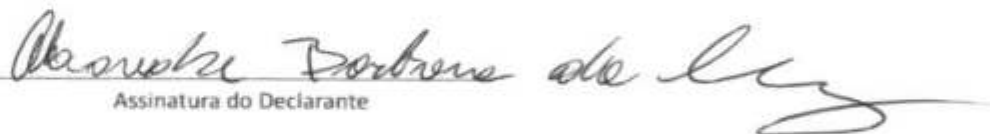
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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. - CRES: 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: 85.00      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!**

Enfermeiro

*[Handwritten Signature]*  
Dr. Isor Castelo Branco Mourão  
Gerente Técnico - UPA Eusébio  
CRM - 10330-CE

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

**DADOS PESSOAIS**  
 NOME DO ACIDENTADO: LEANDRO BARROS BERNARDO  
 N.º DO PRONTUÁRIO: 5184374  
 N.º DO REG. RACIACIONAL: 415103  
 NASCIMENTO: 22/08/1987 (33 ANOS)  
 SEXO: M  
 RACIA: Pardo  
 ENDEREÇO: RUA ASSIS MANGABA 33 SAMU USB 129 SAMU CEARA OLHO D'ÁGUA  
 CIDADE: FORTALEZA - 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  
 QUITA: 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*  
*fratura da fíbula distal*  
*fx peroneo ínter e distal*  
*feita descompressão*  
 COD. PROCEDIMENTO: *Fratura da tíbia distal com deslocamento*  
*Fratura da fíbula distal*  
*Fratura do peroneo ínter e distal*  
 SU  US ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIO-X  OUTROS

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
 MEDICAMENTO: *+ Analgésicos*  
 AFRAZAMENTO: *curativo + tala + gesso*  
 OBSERVAÇÕES: *paciente em boas condições*  
 32307-200  
 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.  
 DATA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_  
 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

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.

LEANDRO BARROS BERNARDO

*25/05/2022*  
*Dr. Germano*

04 886 15 0002-05  
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA  
 Fortaleza

**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 LEANDRO RIBEIRO BARRAL 6. Nº PROCTUÁRIO 3189374

7. UNIDADE NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 8. DATA DO NASCIMENTO 02/03/1977 9. SEXO M

10. NOME DO RESPONSÁVEL MARILIA DA SILVA CARVALHO PEREIRA 11. TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_

12. ENDEREÇO Rua José Manoel S/O Hospital 13. CID ICD 10 E10

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

14. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura fechada e fibrose de 1º grau de 1º e 2º dedos da mão direita e fratura parietal B.

15. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de tratamento cirúrgico

16. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA(S) DIAGNÓSTICA(S) (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Intervenção cirúrgica

17. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

18. CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 19. CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 20. CID 10 CAUSAL \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

21. DENOMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO \_\_\_\_\_ 22. CÓDIGO CPT \_\_\_\_\_

23. CLÍNICA \_\_\_\_\_ 24. CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ 25. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 26. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

27. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (RESIDENTE) Miguel M. A. A. 28. DATA DA SOLICITAÇÃO 25/05/2022 29. ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

30. Nº DA SEGURADORA \_\_\_\_\_ 31. Nº DO CONTRATO \_\_\_\_\_ 32. Nº DO EMPREGO \_\_\_\_\_ 33. Nº DO VÍNCULO \_\_\_\_\_

34. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  OUTROS

**AUTORIZAÇÃO**

35. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 36. CÓD. ÓRGÃO EMISOR \_\_\_\_\_ 37. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR \_\_\_\_\_

38. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 39. Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO \_\_\_\_\_

40. ENDEREÇO \_\_\_\_\_ 41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_



HOSPITAL  
Dionísio Lapa  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

C-3 Leto

ATENDIMENTO AMBULATORIAL  
ANAMNESE DO PACIENTE

<b>DADOS DO PACIENTE</b>		( ) 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:
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>			
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

*Raio-X*

EXAMES SOLICITADOS

COMISSARIA DE VISIBILIDADE DE PROFISSIONÁRIO  
CONFERIDO ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
CNPJ: 07.100.100/0001-00

DIAGNÓSTICO:

*Curva*

PROCEDIMENTO:

CID: *582*

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: 23002.005898-81

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:

Endereço:

Prescrição: CIPROFLOXACINA 500mg - 30 Comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 40 Comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

## Identificação do Comprador

Nome:

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 Soares*  
331

*Ferdous de Jesus*  
(1 ano de curso)

*Wagner Gendino de Oliveira*  
CRM 7941  
Ortopedia - Traumatologia  
22/01/2012

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 Soares*  
331

*Ferdous de Jesus*

*Wagner Gendino de Oliveira*  
CRM 7941  
Ortopedia - Traumatologia  
22/01/2012

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*

*4-5*

*Próf. R. F. de Sá*

*[Signature]*

D. Walter Cândido de Oliveira  
CREFEC 7841  
Ocupação: Farmacologia

085-9.9457256



HOSPITAL  
DIONÍSIO LAPA  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PIAUÇARA

*Atestado Médico*

*Paciente Leonardo Barros*

*Bernardo 34 anos, Relato*

*história de Prostatite, Tumor*

*na próstata e sintomas de*

*infecção urinária*

*ambos para a realização*

*de 40% da*

D. Walter Cândido de Oliveira  
CREFEC 7841  
Ocupação: Farmacologia

10/08/2022

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):

Leonardo Bonino Bernardo

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

Fratura da tíbia direita  
CID - S82.3

e submeteu-se a tratamento(s):

Amiãgas  
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 Mardônio Salmito de Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 4411 - RQE 10569

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

NOME  
LEANDRO BARROS BERNARDO

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
2150673205



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
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

PROIBIDO PLASTIFICAR  
2150673205

DE ACORDO COM O ART. 10, § 1º, DO REG. Nº 10.000/2010 DO DETRAN/CE

**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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEANDRO BARROS BERNARDO

## 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](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: 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** Apresenta cicatriz cirúrgica, alteração anatômica e funcional. Membro inferior direito

**físico:** 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
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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](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: 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: RU 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 2  
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - 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: \*\*\*.785.41\*\*- 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