



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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível em nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível em nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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

7 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 088.724.953-18 4 - Nome completo da vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARIA LETICIA BARROS SOUSA 6 - CPF: 088.724.953-18
 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: ASPIRATO NOVA BEZANIA 9 - Número: S/No 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: NOVA RUSAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.200-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (88) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: FRANCILUDES BEZERRA BARROS
 18 - CPF do Representante Legal: 021.744.663-92 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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: Banco do Nordeste (004)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00036 CONTA: 1168
(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (na rusca)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data, NOVA RUSAS - CE, 27.05.2022.

Franciludes Bezerra Barros
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 088.724.953-18 4 - Nome completo da vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARIA LETICIA BARROS SOUSA 6 - CPF: 088.724.953-18
 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: ASPIRATO NOVA BEZANIA 9 - Número: S/No 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: NOVA RUSAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.200-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: FRANCILUDES BEZERRA BARROS
 18 - CPF do Representante Legal: 021.744.663-92 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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: Banco do Nordeste (004)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00036 CONTA: 1168
(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (na rusca)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA RUSAS - CE, 27.05.2022.

Franciludes Bezerra Barros
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 758 / 2022

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/05/2022 15:35:00**
 Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2020 15:27:00**
 Endereço da Ocorrência: **NOVA BETHANIA - NOVA RUSSAS/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**
 Nascimento: **22/11/1985** CPF: **021.744.663-92**
 RG: **2002028138268** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Identidade de gênero e orientação sexual: **NÃO INFORMOU**
 Filiação: **MARIA DE LOURDES RODRIGUES BEZERRA BARROS**
RAIMUNDO FERREIRA BARROS
 Endereço: **RUA DA CABANA**
 Bairro: **BETÂNIA** CEP:
 Município: **NOVA RUSSAS/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8121-6036**
 Email:

Histórico

Afirma a registrante que no dia 29/09/2020, por volta das 15:27, a noticiante e sua filha MARIA LETÍCIA BARROS SOUSA, CPF 088.724.953-18, vieram a sofrer um acidente de trânsito quando pilotava a motocicleta de MARCA HONDA CG/150 TITAN MIX KS, ANO/MODELO 2009/2010, COR PRETA, PLACA NQT5500- CE, CHASSI 9C2KC1610AR023031, licenciada em nome de LUÍS CARLOS COSTA MELO (Fortaleza). Informa a registrante que vinha pilotando sua motocicleta com sua filha, quando em certo momento foi desviar de uma bicicleta, onde acabou perdendo o controle de sua motocicleta e vindo a cair ao chão. Informa a registrante que foram socorridas por populares que passavam no local do acidente e foram levadas para o hospital Municipal de Nova Russas, onde sua filha MARIA LETÍCIA BARROS SOUSA CPF 088.724.953-18, foi transferida para o hospital São Lucas de Crateús-CE, onde foi constatadas várias lesões decorrente do acidente, conforme cópia do boletim de primeiro atendimento médico em anexo. E nada mais disse.///

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
 "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francilurdes Barros*

VISTO DO(A) DELEGADO(A): _____
LUÍZ ARTUR DE SOUZA SILVA MAT. 301253-1-2

Luiz Artur de Souza Silva
Luiz Artur de Souza Silva
 Delegado de Polícia Civil
 Mat. 301253-1-2

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_8129518

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILURDES BEZERRA BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05440

CONTA: 000000003324

Número da Autenticação

8905921799CD83BE

Nº do Cliente: **4832707**

fol criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Veltevíno, 150
 CEP 60138-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.946-3



Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **096515912**

Rota **NR533U02 - 21000** Referência **01/2021**
 Nome **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**
 Endereço **DT NOVA BETANIA, 00156, DISTRITO NOVA BETANIA, 62200-000, NOVA RUSSAS**
 Classificação **Resid. Baixa Renda** Emissão **19/01/2021**
 Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL** Medidor **2029621-FAE-006**
 Ligação **Monofásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

CNPJ 07.047.251/0001-70

DATAS DE LEITURA

| Anterior | Atual | Próxima prevista |
|------------|------------|------------------|
| 13-12-2020 | 19-01-2021 | 18-02-2021 |

DADOS DA MEDIÇÃO

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Fat. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------|
| EF | 15.657 | 14.879 | 1,00 | 187 | 00 | 187 | 0,51321 | 95,97 |

DADOS DO FATURAMENTO

| | TARIFA | VALOR (R\$) |
|--------------------------------|---------|-------------|
| CIP - ILLUM PUB PREF MUNICIPAL | - | 20,98 |
| BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO | - | 41,31 |
| BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO | - | -29,07 |
| CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH | 0,25633 | 7,69 |
| CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH | 0,44000 | 30,80 |
| CONSUMO DE 101 KWH ATE 187 KWH | 0,66069 | 57,48 |
| ADICIONAL BAND. AMARELA | 0,04767 | 1,43 |
| ADICIONAL BAND. VERMELHA | 0,15600 | 4,68 |

| Tributo: | Base (R\$): | Aliquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS | 143,39 | 27,00 | 38,69 |
| PIS | 104,70 | 0,66 | 0,66 |
| COFINS | 104,70 | 3,01 | 3,13 |

| | | | |
|--|-------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VERIFICAR N.º | 01/03/2021 | TOTAL A PAGAR (R\$) | 135,30 |
| CONSUMO CONSCIENTE | | CPF/CNPJ | 021.744.663-92 |
| EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensadas suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | | | |
| Emitido kg (CO ₂) | 73,00 | Compensado kg (CO ₂) | 0,00 |
| Consciência Ecológica (R\$CO ₂) | | | |

INFORMAÇÕES AO CLIENTE:

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 29,07.
 Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 19/12 - 31/12 Amarela : 01/01 - 19/01

Por determinação da ANEEL, a bandeira tarifária em vigor desde 1/12/20 é a Vermelha Patamar 2, onde a energia é mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br

Atualizamos a nossa Política de Privacidade. Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, acesse www.enel.com.br

Nº do Cliente: **4832707** Referência: **01/2021** V: [1.0.16.3]
 Data de Emissão: **19/01/2021** Total a Pagar (R\$): **135,30**
 Nº da Nota Fiscal: **096515912** Nº de Controle: **20014791322**

83850000016 35300031020 4 01479132207 6 00004832707 7



Nº do Cliente: **4832707**

fol criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Veltevíno, 150
 CEP 60138-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.946-3



Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **096515912**

Rota **NR533U02 - 21000** Referência **01/2021**
 Nome **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**
 Endereço **DT NOVA BETANIA, 00156, DISTRITO NOVA BETANIA, 62200-000, NOVA RUSSAS**
 Classificação **Resid. Baixa Renda** Emissão **19/01/2021**
 Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL** Medidor **2029621-FAE-006**
 Ligação **Monofásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

CNPJ 07.047.251/0001-70

DATAS DE LEITURA P.F. 32 dias

| Anterior | Atual | Próxima prevista |
|------------|------------|------------------|
| 13-12-2020 | 19-01-2021 | 18-02-2021 |

DADOS DA MEDIÇÃO

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Fat. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------|
| EF | 15.657 | 14.879 | 1,00 | 187 | 00 | 187 | 0,51321 | 95,97 |

DADOS DO FATURAMENTO

| | TARIFA | VALOR (R\$) |
|--------------------------------|---------|-------------|
| CIP - ILLUM PUB PREF MUNICIPAL | - | 20,98 |
| BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO | - | 41,31 |
| BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO | - | -29,07 |
| CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH | 0,25633 | 7,69 |
| CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH | 0,44000 | 30,80 |
| CONSUMO DE 101 KWH ATE 187 KWH | 0,66069 | 57,48 |
| ADICIONAL BAND. AMARELA | 0,04767 | 1,43 |
| ADICIONAL BAND. VERMELHA | 0,15600 | 4,68 |

| Tributo: | Base (R\$): | Aliquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS | 143,39 | 27,00 | 38,69 |
| PIS | 104,70 | 0,66 | 0,66 |
| COFINS | 104,70 | 3,01 | 3,13 |

| | | | |
|--|-------------------|----------------------------------|-----------------------|
| VERIFICAR N.º | 01/03/2021 | TOTAL A PAGAR (R\$) | 135,30 |
| CONSUMO CONSCIENTE | | CPF/CNPJ | 021.744.663-92 |
| EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | | | |
| Emitido kg (CO ₂) | 73,00 | Compensado kg (CO ₂) | 0,00 |
| Consciência Ecológica (R\$CO ₂) | | | |

INFORMAÇÕES AO CLIENTE:

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 29,07.
 Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 19/12 - 31/12 Amarela : 01/01 - 19/01

Por determinação da ANEEL, a bandeira tarifária em vigor desde 1/12/20 é a Vermelha Patamar 2, onde a energia é mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br

Atualizamos a nossa Política de Privacidade. Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, acesse www.enel.com.br

Nº do Cliente: **4832707** Referência: **01/2021** V: [1.0.16.3]
 Data de Emissão: **19/01/2021** Total a Pagar (R\$): **135,30**
 Nº da Nota Fiscal: **096515912** Nº de Controle: **20014791322**

83850000016 35300031020 4 01479132207 6 00004832707 7



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em três vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Maria Jovelicia Bezerra de Sousa Prontuário N° _____
 Sexo: M F Data de Nascimento 15/12/08 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:
Paciente vítima de acidente de motocicleta (SIC)
com trauma em M.E. fratura fechada
 Resultado de Exames
Realizado P.X. 77 Ex parte Grav I
 Consulta já Realizada.
 Impressão Diagnóstica Dr. Milton Bezerra de Castro Fratura fechada M.E.
 Médico crédico
 CRM-CE: 9575 Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função _____ Data 09.09.20 Hora 15:24

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: Traumatologista
 Unidade de Referência: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário N° _____ Alta ___/___/___

Resumo Clínico/Cirúrgico:

 Resultado de Exames

 Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

 O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data _____

*) Utilizar também como resumo de alta



Unidade de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| Matrícula | Nome do Paciente | CNS | Gula de Autorização |
| 59803.0001 | MARIA LETICIA BARROS SOUSA | 700406429961541 | |
| CPF: 088.724.953-18 | | Estado Civil | Sexo |
| | | Solteiro(a) | Feminino |
| Data de Nascimento | Local | Idade | |
| 5/12/2007 | NOVA RUSSAS/CE | 12 Anos | |
| Mãe | Nome | UF | Telefone |
| FRANCILURDES BEZERRA BARROS | | CE | 88981216039 |
| Endereço | Bairro | CEP | Município |
| CAMPO NOVA BETANIA, 402 | ZONA RURAL | 62203-000 | NOVA RUSSAS |
| Profissão | Empresa | Cônjuge | |
| MIENOR | | | |
| Responsável | CPF do Responsável | Endereço | Município |
| FRANCILURDES BEZERRA BARROS | | CAMPO NOVA BETANIA, 402 | NOVA RUSSAS |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------|-----|
| Data Atendimento | Hora | Convênio | Matrícula | CID |
| 29/09/2020 | 17:53 | SUS | | |
| Profissional do Atendimento | CRM/UF | Tipo Atendimento | | |
| JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR | 6029/CE | CONSULTA ORTOPEDICA TRAUMATO | | |
| Indicador de Acidente | Funcionário | | | |
| | NATANAEL VIEIRA DOS SANTOS | | | |

| | | | |
|------------------------|---------------------|---------------|---------------------|
| Observação | Data/Hora Liberação | Tipo de Saída | Gula de Autorização |
| Gula valida 09/10/2020 | 29/09/2020 18:35 | Permanência | |

| Temperatura (°C) | Frequência Cardíaca (bpm) | Frequência Respiratória (rpm) | PA Sistólica (mmHg) | PA Diastólica (mmHg) | Peso (kg) | Altura (cm) | Oximetria (mmHg) | Glicose (mg/dL) |
|------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------|-----------|-------------|------------------|-----------------|
| 37,90 | 120 | 20 | 100 | 70 | | | 96 | 120 (12) |

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 29/09/2020 17:45

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA EM PERNA E, GENITORA NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

29/09/2020 18:35:50h Responsável: JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR-CRM-CE-6029

fratura exposta grau I PERNA ESQ

RX DE PERNA ESQ

CURATIVO COMPRESSIVO

TALA INGUINO
INTERNAR

Jose Fernandes
CRM 6029
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCILURDES BEZERRA B

Dados Clínicos - Enfermagem

| | | | | | |
|---|------------------|-----------------------------|-------------|--|--|
| Paciente | | | Prontuário | | |
| MARIA LETICIA BARROS SOUSA | | | 159803/0003 | | |
| Data de Nascimento | Idade | Nome da Mãe | | | |
| 15/12/2007 | 12 Ano(s) | FRANCILÚRDES BEZERRA BARROS | | | |
| Data Internação | Aposento | Quarto/Leito | | | |
| 29/09/2020 | ENFERMARIA | 036/0004 | | | |
| Profissional Responsável | | | CRM | | |
| JOAO VICTOR LEITAO MELO | | | 15482 | | |
| Convênio | Setor | Especialidade | | | |
| SUS | CLINICA MEDICA 2 | MEDICA | | | |
| Diagnóstico | | | | | |
| S82.5 Fratura do maléolo medial S82.5 Fratura do maléolo medial | | | | | |

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 29/09/2020 22:00:00

PACIENTE ADMITIDA NESSE SETOR CLINICA MEDICA,PROVINIENTE DA OBSERVAÇÃO EM VACA,CONSCIENTE,ORIENTADA,CALMA,AFEBRIL,EUPNEICA,REFERE ALGIA EM LOCAL DO TRAUMA,ACOMPANHADA,ACEITA DIETA,APRESENTANDO AS SEGUINTES QUEIXAS;FRATURA ESPOXTA MIE,SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020

REALIZADO ITEM,03,02,, DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 04:00:00

REALIZADO ITEM,06,12, DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 06:20:19

REALIZADO ITEM,02,03,04, DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828



Dados Clínicos - Enfermagem

| | | | | |
|---|------------------|-----------------------------|-------------|-------|
| Paciente | | | Prontuário | |
| MARIA LETICIA BARROS SOUSA | | | 159803/0003 | |
| Data de Nascimento | Idade | Nome da Mãe | | |
| 15/12/2007 | 12 Ano(s) | FRANCILURDES BEZERRA BARROS | | |
| Data Internação | Aposento | Quarto/Leito | | CRM |
| 29/09/2020 | ENFERMARIA | 036/0004 | | 15482 |
| Profissional Responsável | | | | |
| JOAO VICTOR LEITAO MELO | | | | |
| Convênio | Setor | Especialidade | | |
| SUS | CLINICA MEDICA 2 | MEDICA | | |
| Diagnóstico | | | | |
| S82.2 Fratura da diáfise da tibia S82.2 Fratura da diáfise da tibia | | | | |

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 08:00:45

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADA PELA SUA GENITORA, PARA TRATAMENTO TRAUMATOLOGICO. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, NEGA ALGIAS, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES. APRESENTA TRAUMA EM MIE COM MOBILIZAÇÃO DE TALA GESSADA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
C.R.E.N. 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 08:55:05

PACIENTE ENCAMINHADO AO SETOR AO CENTRO CIRÚRGICO, EM MACA, ACOMPANHADO PELO TÉCNICO DE ENFERMAGEM E SUA GENITORA, JUNTAMENTE COM PRONTUÁRIO DO PACIENTE E CHECK LIST, TERMO DE CONSENTIMENTO E COMUNICAÇÃO DE TRANSIÇÃO DE PACIENTE E TERMO INFORMADO, DEVIDAMENTE PREENCHIDOS, AVP EM MSE CONECTADO EM HIDRATAÇÃO.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
C.R.E.N. 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 14:30:34

PACIENTE RETORNOU DO CC, EM POI DE TTO CIRÚRGICO EM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA, AFEBRIL, EUPNEICO, MANTENDO VENÓCLISE EM MSE COM HIDRATAÇÃO CONECTADA, CURATIVO EM MIE LIMPO E SECO. ORIENTADO PACIENTE E ACOMPANHANTE QUANTO AOS CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO, COMUNICAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO A SINAIS E SINTOMAS QUE VENHA TER NESSE PERÍODO, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
C.R.E.N. 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 18:52:18

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADA, APRESENTA CURATIVO LIMPO E SECO EM MIE COM FIXADOR EXTERNO, QUÊIXA-SE DE LEVE ALGIA AO MOVIMENTO EM MIE, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
C.R.E.N. 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

Dados Clínicos - Enfermagem

| | | | | |
|--|------------|-----------------------------|---------------|--|
| Paciente | | | Prontuário | |
| ARIA LETICIA BARROS SOUSA | | | 159803/0003 | |
| Data de Nascimento | Idade | Nome da Mãe | Quarto/Leito | |
| 12/12/2007 | 12 Ano(s) | FRANCILURDES BEZERRA BARROS | 036/0004 | |
| Data Internação | Aposento | CRM | | |
| 30/09/2020 | ENFERMARIA | 15482 | | |
| Profissional Responsável | | Sector | Especialidade | |
| DAO VICTOR LEITAO MELO | | CLINICA MEDICA 2 | MEDICA | |
| US | | | | |
| agnóstico | | | | |
| 82.2 Fratura da diáfise da tibia S82.2 Fratura da diáfise da tibia | | | | |

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 20:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADA PELA SUA GENITORA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, NEGA ALGIAS, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES. APRESENTA TRAUMA EM MIE COM FIXADOR, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 20:00:52

REALIZADO ITEM 03, 04 DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 21:00:00

REALIZADO ITEM 06 DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 22:00:00

REALIZADO ITEM 02 DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE



Dados Clínicos - Enfermagem

| | | | | |
|---|------------------|-----------------------------|-------------|--|
| Paciente | | | Prontuário | |
| MARIA LETICIA BARROS SOUSA | | | 159803/0003 | |
| Data de Nascimento | Idade | Nome da Mãe | | |
| 15/12/2007 | 12 Ano(s) | FRANCILURDES BEZERRA BARROS | | |
| Data Internação | Aposento | Quarto/Leito | | |
| 29/09/2020 | ENFERMARIA | 036/0004 | | |
| Profissional Responsável | | | CRM | |
| JOAO VICTOR LEITAO MELO | | | 15482 | |
| Convênio | Setor | Especialidade | | |
| SUS | CLINICA MEDICA 2 | MEDICA | | |
| Diagnóstico | | | | |
| S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia | | | | |

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 23:00:00

REALIZADO ITEM 05 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020

REALIZADO ITEM 07 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020 02:00:00

REALIZADO ITEM 04 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020 04:00:00

REALIZADO ITEM 02, 03, DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020 05:00:00

REALIZADO ITEM 06 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

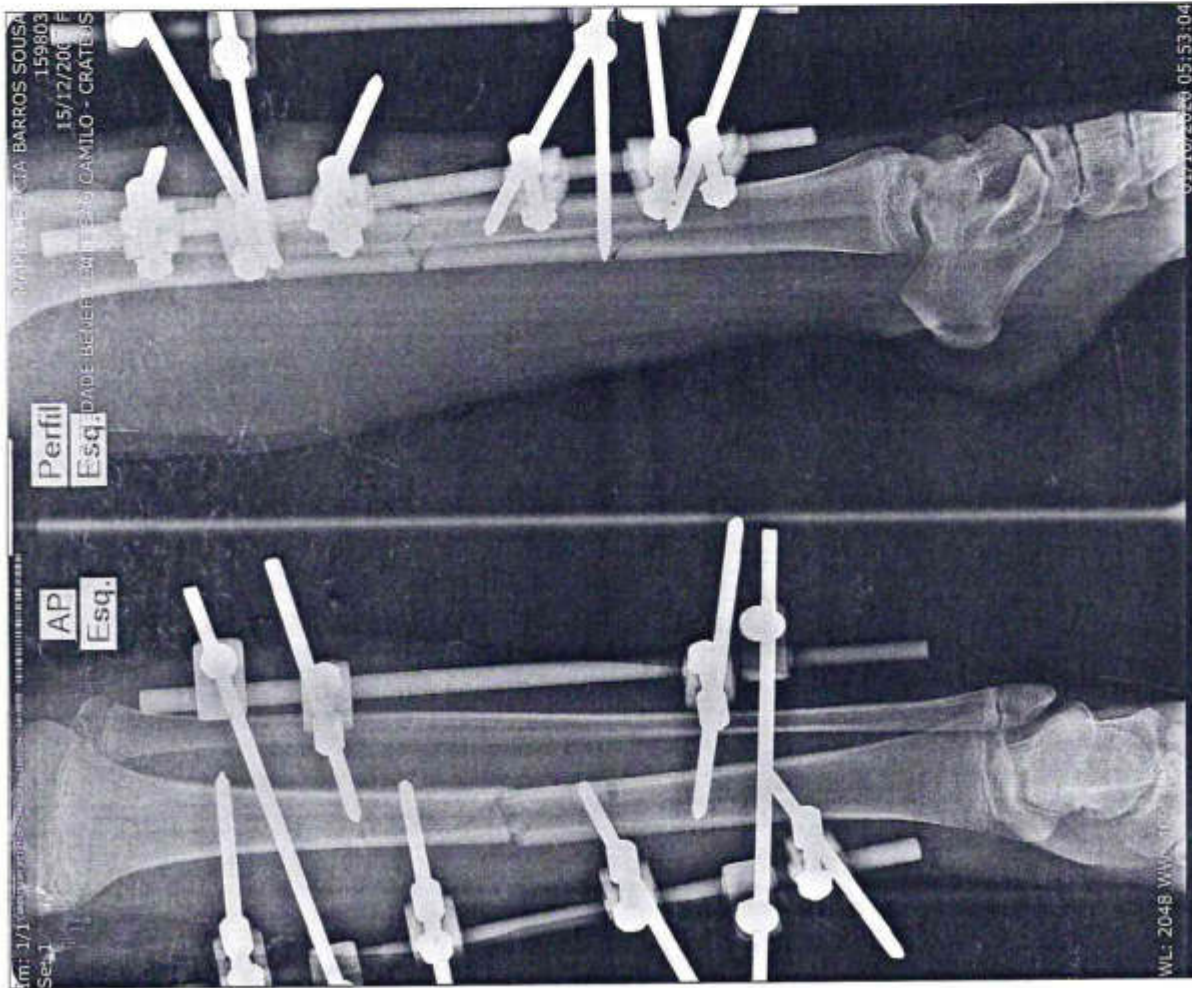
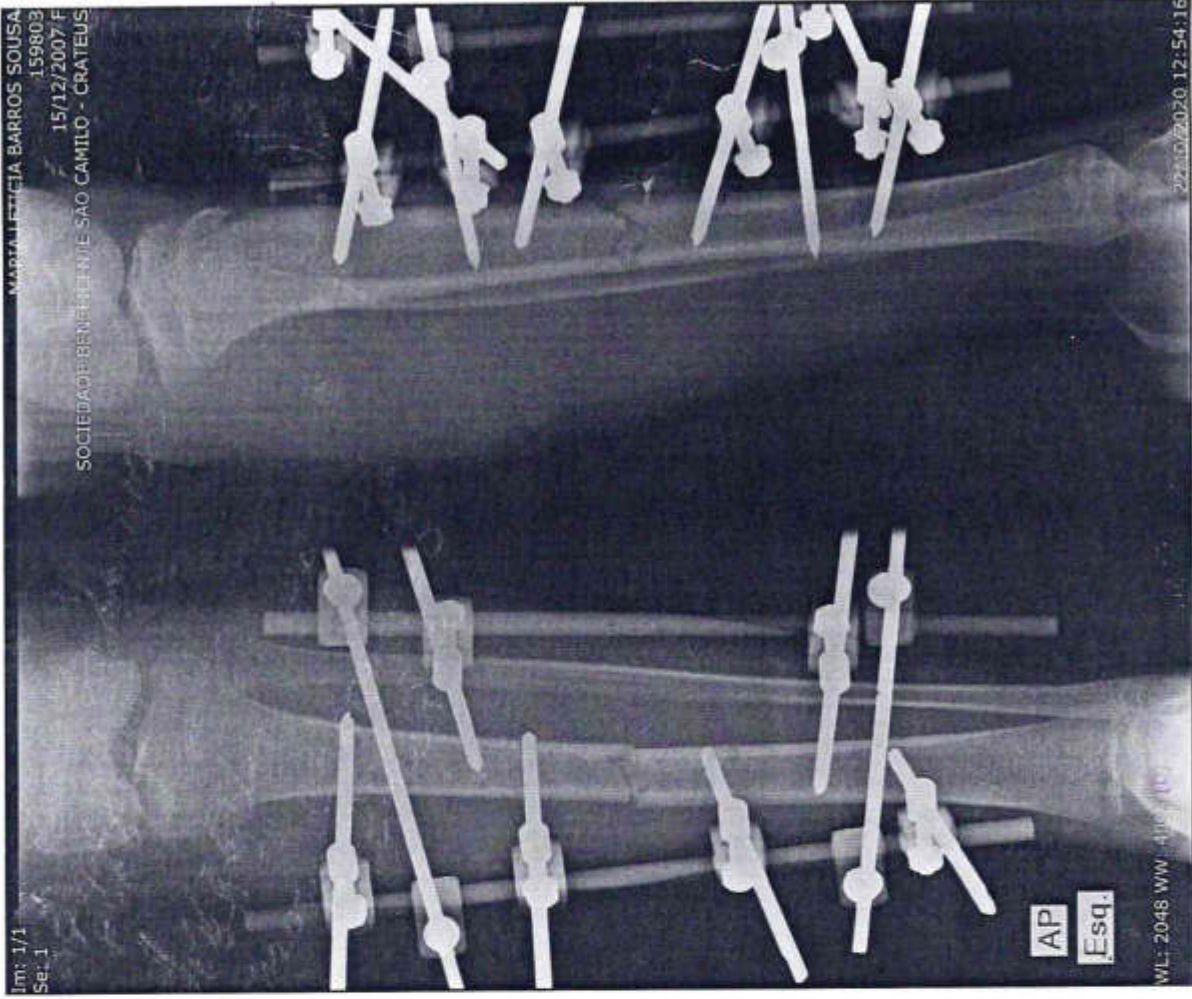


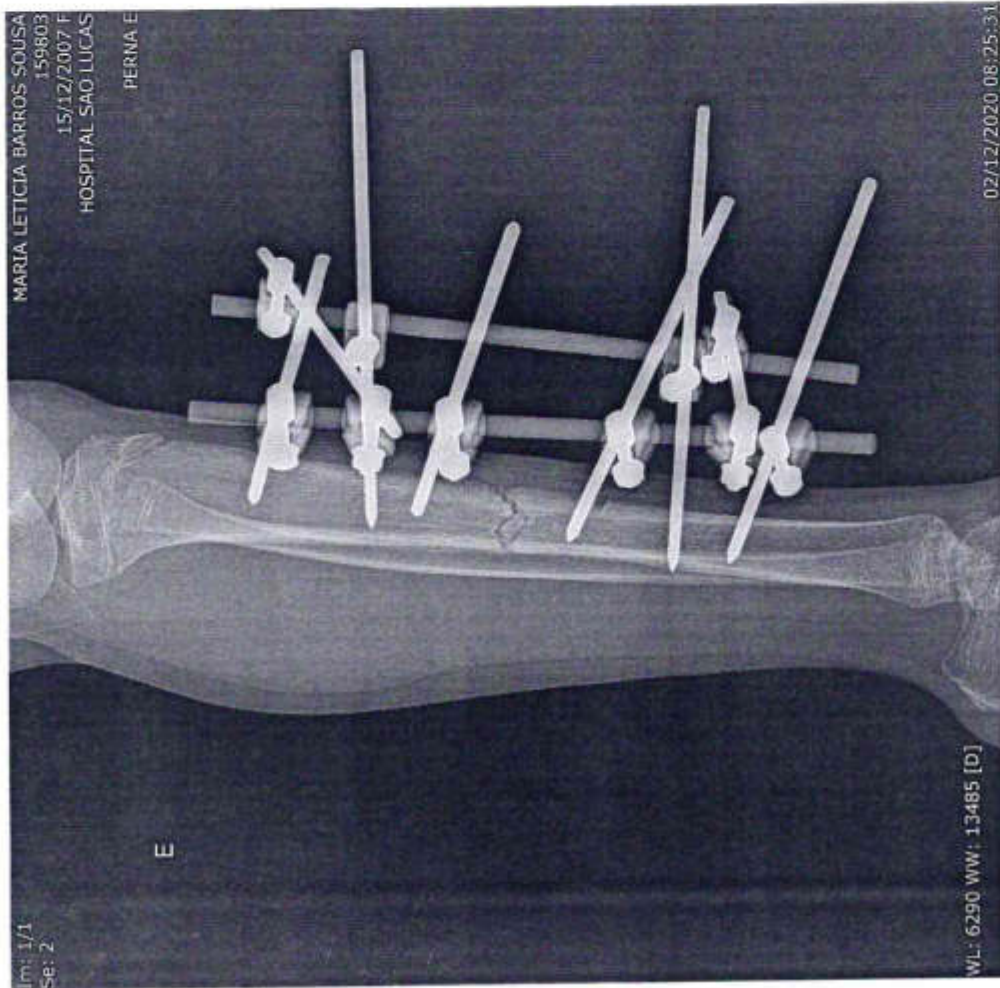
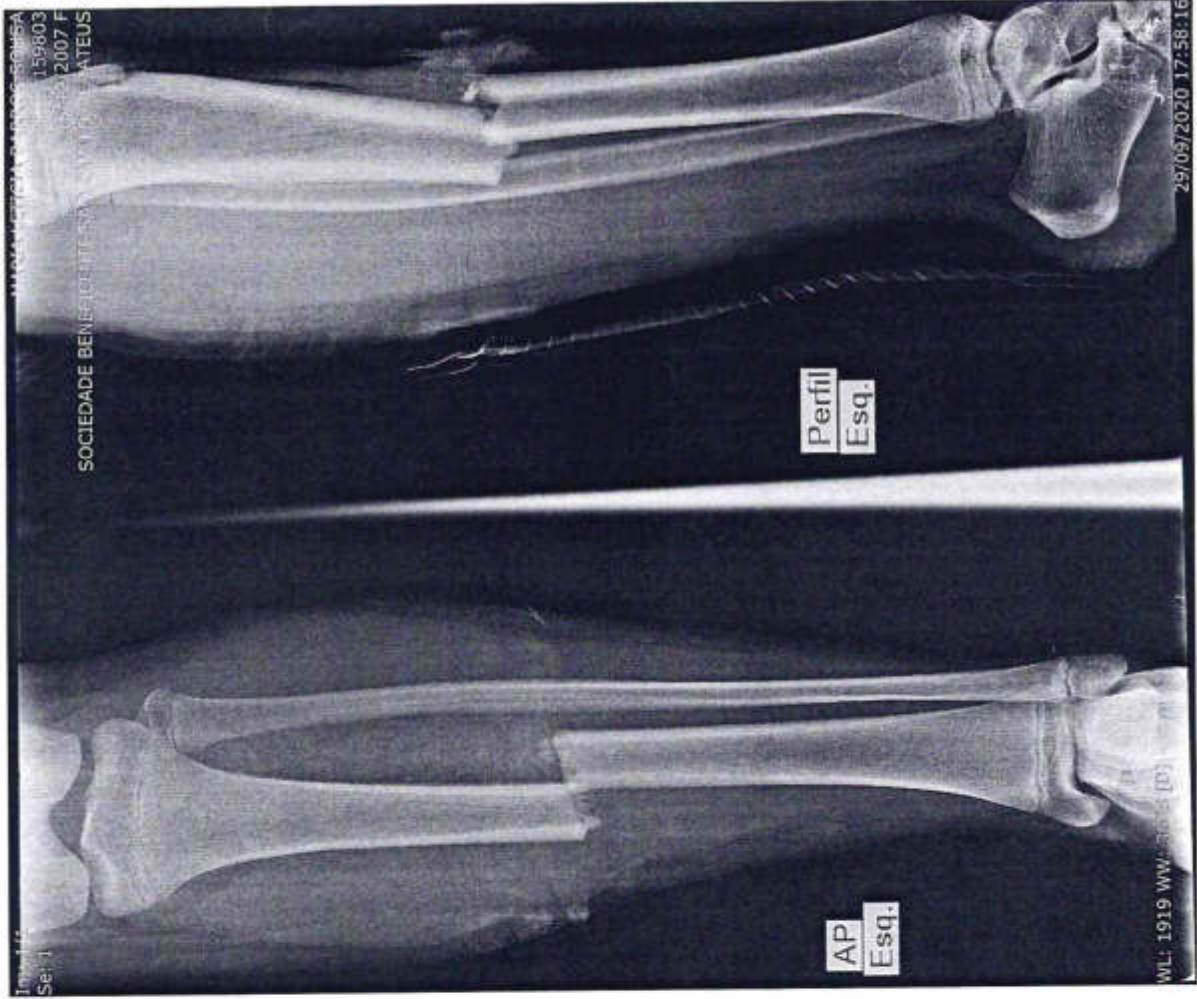
Dados Clínicos - Enfermagem

| | | | | |
|---|------------------|-----------------------------|-------------|--|
| Paciente | | | Prontuário | |
| MARIA LETICIA BARROS SOUSA | | | 159803/0003 | |
| Data de Nascimento | Idade | Nome da Mãe | | |
| 15/12/2007 | 12 Ano(s) | FRANCILURDES BEZERRA BARROS | | |
| Data Internação | Aposento | Quarto/Leito | | |
| 29/09/2020 | ENFERMARIA | 036/0004 | | |
| Profissional Responsável | | | CRM | |
| JOAO VICTOR LEITAO MELO | | | 15482 | |
| Convênio | Setor | Especialidade | | |
| SUS | CLINICA MEDICA 2 | MEDICA | | |
| Diagnóstico | | | | |
| S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia | | | | |

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

~~Francisca Jaene De Sousa Melo~~
COREN-CE 948-834 - TE







MARIA LETICIA BARROS SOUSA
159803
15/12/2007 F
HOSPITAL SAO LUCAS
PERNA E

[m]: 1/1
Se: 1

WL: 5520 WW: 12468 [D]

02/12/2020 08:25:07

VALIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CARTÓRIO FERNANDES 1º OFÍCIO
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
COMARCA DE NOVA RUSSAS - CE
CNPJ: 01.415.443/0001-06
Francisco da Silva Fernandes
Oficial Titular
Maria Oneide Jorge Barroso Fernandes
Escritor de Substituição



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

MARIA LETÍCIA BARROS SOUSA

MATRÍCULA:

0202710155 2008 1 00007 026 0002176 21

| DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO | DIA | MÊS | ANO |
|---------------------------------------|-----|-----|------|
| Quinze de dezembro de dois mil e sete | 15 | 12 | 2007 |

| HORA | MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO |
|----------|--|
| 07h55min | Nova Russas Ceará |

| MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO | LOCAL DE NASCIMENTO | SEXO |
|--|---------------------|----------|
| Nova Russas - Ceará | Hospital | Feminino |

FILIAÇÃO
Valdimiro Ferreira Sousa
Francilurdes Bezerra Barros

AVÓS
Paternos: Isaias Ferreira de Sousa e Maria Marcelina de Sousa
Maternos: Raimundo Ferreira Barros e Maria de Lourdes Rodrigues Bezerra Barros

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO

| DATA DO REGISTRO POR EXTENSO | NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO |
|--|--------------------------------------|
| Vinte e sete de março de dois mil e oito | //////////////////// |

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Termo n.º 2176, fls.26-V, Livro A -07.

CARTÓRIO FERNANDES – PRIMEIRO OFÍCIO
CNPJ: 01.415.443/0001-06
Oficial (a) Registrador (a) – Francisco da Silva Fernandes
Maria Oneide Jorge Barroso Fernandes-Escritor de Substituição
Distrito de Nova Betânia – Nova Russas Ceará
CEP 62.205.000 Fone (**88) 99921 4318
Email: franciscodpaulo@bol.com.br

Nova Betânia, CE, 13 de outubro de 2016

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº **014419110682**

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01
RTRC 0000000000
EXERCÍCIO 2018

NOME: **LUIS CARLOS COSTA MELD**
LOCAL: **FORTALEZA / CE**

CPF / CNPJ: **43683991372** PLACA: **NQT5500/CE**

FLACA ANT / UF: **/CE** CHASSI: **9C2K1610AR023031**

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC** COMBUSTIVEL: **GASOL/ALCO**

MARCA / MODELO: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** ANO FAB: **2009** ANO MOD: **2010**

CAP / POT / cil: **2P/0CV/149CC** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA UNICA: **1*** VENC. COTA UNICA: **1*** VENC. / COTAS: **1***

PARCELAMENTO / COTAS: **2*** VENC. / COTAS: **2***

PREMIO TARIFARIO (R\$): **180.65** ICF (R\$): **0.70** PREMIO TOTAL (R\$): **185.50** DATA DE PAGAMENTO: **31/01/2018**

PREMIO TARIFARIO (R\$): **180.65** ICF (R\$): **0.70** PREMIO TOTAL (R\$): **185.50** DATA DE PAGAMENTO: **31/01/2018**

LOCAL: **FORTALEZA** DATA: **05/01/2019**

Liger Pontal
Superintendente DENATRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº **014419110682** BILHETE DE SEGURO DPVAT

43683991372 NQT5500/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204 68636584668

014419110682

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 05/01/2019

VIA 01 RENAVALIAÇÃO CPF / CNPJ: **43683991372** PLACA: **NQT5500**

186739079 HONDA/CG150 TITAN MI

ANO FAB: **2009** DIF. INSC. IPTU: **PART** Nº CHASSI: **9C2K1610AR023031**

PREMIO TARIFARIO

RIS (R\$): **81.29** DENATRAN (R\$): **9.03** CUSTO DO SEGURO (R\$): **90.33**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **4.15** ICF (R\$): **0.70** MONA SEM INGRESSO SEGURO (R\$): **185.50**

PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **31/01/2018**

SEGURO LÍDER - DPVAT

CPF: 09.248.608/0001-04

MOTOR: **KC16E1A023031**

00804





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

088.724.953-18

Nome

MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Nascimento

15/12/2007

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

9250.165D.4FD9.F4C3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:46:11 do dia 03/04/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220029798 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.(P.4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO)- TÍBIA ESQUERDA. (P.4,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM P.1,2// NÃO FOI APRESENTADA FOLHA CIRÚRGICA.

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 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220029798 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.(P.4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO)- TÍBIA ESQUERDA. (P.4,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM P.1,2// NÃO FOI APRESENTADA FOLHA CIRÚRGICA.

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 |

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: **088.724.953-18** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA LETICIA BARROS SOUSA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: **MARIA LETICIA BARROS SOUSA** 6 - CPF: **088.724.953-18**
7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **DISTRITO DE NOVA BETANIA** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **NOVA RUSSAS** 13 - Estado: _____ 14 - CEP: **62.200-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(88) 99915-9444**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS** 19 - Profissão do Representante Legal: **AGRICULTORA**
18 - CPF do Representante Legal: **021.744.663-92**

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\$1.000,00 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRDESCO (237)**

AGÊNCIA: **5440** **2** CONTA: **3324** **3**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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(vá nasar)? 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

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, **NOVA RUSSAS/CE, 10 DE JUNHO DE 2022**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francilurdes Bezerra Barros
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016196/22

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

CPF: 088.724.953-18

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/09/2020

Titular do CPF: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCILURDES BEZERRA BARROS : 021.744.663-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA LETICIA BARROS SOUSA : 088.724.953-18

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.