



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

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

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02926446420228060001
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	04/08/2023 17:34:37

Partes

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

Arquivos

Petição:	2885091_JUNTADA_DE_DO CS_01 - 1-2.pdf
Documentação:	2885091_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 1-7.pdf
Documentação:	2885091_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 8.pdf
Documentação:	2885091_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 9.pdf
Documentação:	2885091_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 10-11.pdf
Documentação:	2885091_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - 12-14.pdf

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORQUILHA/CE

Processo: 02926446420228060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORQUILHA, 4 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210012093 Vítima: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210012093

Vítima: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

075.248.833-31

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Alisson Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo:

Antonio Alisson Sampaio da Silva

6 - CPF:

075.248.833-31

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Rubens Teles de Menezes

9 - Número:

300

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Passaúna

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.862-015

15 - E-mail:

85.98422.3357

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0713

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

06717

(Informar o dígito se existir)

4

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 12 de janeiro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO
Impresso nº 202144754

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 125 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/01/2021 09:11:52**
Data / Hora da Ocorrência: **04/01/2020 16:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CASTELO DE CASTRO, CASTELAO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA**
Nascimento: **03/02/1998** CPF: **075.248.833-31**
CNH: **07145235845** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA EUGENIA SAMPAIO DA SILVA**
CLAUDIO MELO DA SILVA
Endereço: **RUA RUBENS TELES DE MENEZES, 300**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.862-015**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98853-7801**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSQ2350** Uf: **CE** Município: **TRAIRI** Chassi: **9C2KC1680FR002231** Renavam: **1017638710** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **EDUARDO DO NASCIMENTO CASTRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSQ-2350-CE, QUE TRAFEGAVA PELA AV. CASTELO DE CASTRO; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, AVANÇOU O SEMAFORO NO VERMELHO, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA, QUE, APOS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECERU NO LOCAL, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRA DE MESSEJANA E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO E CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL 6 MESES

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

Consolidado em: 12/01/2021 09:29:44

Pag. 1 de 2

Impresso em: 12/01/2021 09:29:44



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202144754



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 125 / 2021

Maria das Graças
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

[Two large, curved, handwritten lines, possibly representing a signature or a large mark]

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:

075.248.833-31

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Alisson Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo:

Antonio Alisson Sampaio da Silva

6 - CPF:

075.248.833-31

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Rubens Teles de Menezes

9 - Número:

300

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Passaúna

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.862-015

15 - E-mail:

85.98422.3357

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0713

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

06717

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ 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 (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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 12 de janeiro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS DO CLIENTE
MARIA EUGENIA S SILVA

RUA RUBENS TELES DE MENEZES, 300, PASSARE
FORTALEZA - CEP: 60862-015

Codificacao: 001.061.0083.0191.0000.00.00

Padrao do imovel: BASICO

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A18N324641	197	205	8	9

DATAS

Leitura atual: 08/10/2020

Emissao: 08/10/2020

Lacre agua: 3213398

Leitura anterior: 08/09/2020

Proxima leitura: 09/11/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A 08/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	316	314	308	314	314
Em conformidade	316	311	299	310	314

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	out/19	8	0
		nov/19	10	0
		dez/19	10	0
		jan/20	11	0
		fev/20	7	0
		mar/20	11	0
		abr/20	0	0
		mai/20	0	0
		jun/20	0	0
		jul/20	0	0
		ago/20	0	0
		set/20	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,35

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	41,10
VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO
10/2020

VENCIMENTO
23/11/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
28,30

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Emissao: Immediato App
Imei: 351512061497771
Leit.: 0379 Data: 08/10/2020 H: 10:46:34 R: 063 Via: 001



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS S. OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CADSIUS

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 07524083331

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICIPIO
FORTALEZA

60.000-000

UF
CE

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA TRANSPORTEDADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE INFORMA SER VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 20 MINUTOS REFERINDO DOR NA PERNA DIREITA E ESQUERDA

SINTOMAS
DOR NA PERNA DIREITA E ESQUERDA

PESO
 NI KG
 TEMPERATURA
 NI °C

PRESSÃO ARTERIAL
N/NI
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

SAT OF
N1%

99 (ADULTO)

NI

DATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
04/01/2020
17:09:04

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE

AREA ATENDIMENTO

AREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MEDICO

DIAGNÓSTICO

SADI SOLICITADO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

() COURTESY

MEDICAMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO OBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 04/01/2020 17:19:04

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 04/01/2020 17:09:04

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL
19.111.120

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CADSIUS

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 07524883331

NOT RESPONSIBLE

NI

MUNICIPIO
FORTALEZA

60.000-000

ur
CE

OCORRÊNCIA

TOTAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE INFORMA SER VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HA 20 MINUTOS REFERINDO DOR NA

DIREITA E ESQUERDA

SINTOMAS
DOR NA PERNA DIREITA E ESQUERDA

DESA

NI KG

TEMPERATURA
NI °C

BLAÇAO
RANJA

PRESSÃO ARTERIAL
 NI/NI
 ALERGIAS
 NEGA

9. SIAI VITAIS

SAT OF
N1%

PERSON
NAME

DATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
04/01/2020
17:09:04

AREA DE ATENDIMIENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

AREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MEDICO

CHUYÊN NÓI

SADT SOLICITADO

SANE SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

() HC () SO

MEDICAMENTO

TIPO DE ALTA/SAIDA

DECISÃO MÉDICA () APEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS ()

DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

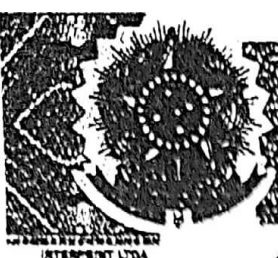
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 04/01/2020 17:09:04

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º da Lei nº 13.326/2016.

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL:
79.577 120



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

6023729

MTPB

CE

CPF

075.248.833-31

DATA NASCIMENTO

03/02/1998

FILIAÇÃO

CLAUDIO MELO DA SILVA

MARIA EUGENIA SAMPAIO
DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CALHA

AB

Nº REGISTRO

07145235845

VALIDADE

03/04/2023

1ª HABILITAÇÃO

11/10/2018

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

17/11/2020

IGOR VASCONCELOS PONTE
IGOR VASCONCELOS PONTE

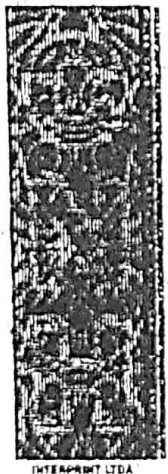
ASSINATURA DO EMISSOR

48001624840

CE178136182

CEARA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1854757814



PROIBIDO PLASTIFICAR

1854757814

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - CE Nº 015702866030

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM B.N.T.R.C. EXERCÍCIO
ACLSL 101763871 2019

NOME
EDUARDO BO NASCIMENTO CAETANO
TRAIRI

PLACA ANO FAB. ANO MOD.
02940075395 2019 2019
05Q2350

CHASSI COMBUSTÍVEL
05Q2350 R002231 GASOL/ALCO

MARCA/MODELO
HONDA/CL150 FAN FSDI
2P/OCV/149CC

CATEGORIA
PARTIC
COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1 1 1
2 2 2
3 3 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.22 84.53 10/03/2020

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
1 1 1
2 2 2
3 3 3

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

CE Nº 015702866030 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02940075395 2019 05Q2350

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
015702866030 5175013460

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 11/03/2020

VIA RENAVAM CPF / CNPJ PLACA
01 02940075395 05Q2350

MARCA / MODELO
HONDA/CL150 FAN FSDI

CHASSI Nº CHASSI
9C2KC1630F002231

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO Pelo SEGURO (R\$)
4.15 0.32 84.53

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

CONTINUA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011204/21

Vítima: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CPF: 075.248.833-31

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: ANTONIO ALISSON
SAMPAIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA : 075.248.833-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/01/2021
Nome: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA
CPF: 075.248.833-31

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/01/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011204/21

Vítima: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CPF: 075.248.833-31

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: ANTONIO ALISSON
SAMPAIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA : 075.248.833-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/01/2021
Nome: ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA
CPF: 075.248.833-31

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/01/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ