



**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:	Contestação
Data/Hora:	07/07/2023 12:52:13

Partes

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

Arquivos

Petição:	2885091_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2885091_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

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

97
22

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

DADOS PESSOAIS

Nº DO IDENTIFICADOR
5000712
Nº DO DE
387597

NASCIMENTO
03/02/1998(21 ANOS)

SEXO
M
NOME DA MÃE
MARIA EUGENIA SAMPAIO DA SILVA

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 07524083331

NOME RESPONSÁVEL
NI
MUNICÍPIO
FORTALEZA
CEP
60.000-000

UF
CE

ENDEREÇO
RUA TELES DE MENEZES 300 BARROSO
CONTATO
(85) 98853-7801

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AValiação TRAUMATOLOGICA
99 (ADULTO)

QUEIXA
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

PELO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PULSO
NI

TEMPERATURA
NI

LESÃO
RANJA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE

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

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MEDICO

EXAMES

SOLICITADO
☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X

MEDICAMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

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

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.

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL
19.111.120



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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

EAT-2415

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 07524883331

100% RESPONSABLE
 NI
 MUNICIPIO
 FORTALEZA
 60.000-000

CE

LAO deklaráció

03/07/1998(21 ANOS)

Nº DO
PRODUTOS
5000712
QTD 400
88

44-38861-387597

1846 AN. 14
PARDO

MARIA EUGENIA SAMPAIO
DA SILVA

ENERGICO
RUA TELES DE MENEZES 300 BARROSO
CONTATO
(85) 98853-7801

TÍTULO II - DO TRANSPORTE DO AGENTE

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE INFORMA SER VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HA 90 MINUTOS REFERINDO DOR NA
DIREITA E ESQUERDA
SINAIS VITAIS
DOR NA PERNA DIREITA E ESQUERDA

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

110 (ADULT)

19.147
NI KG
19.147
NI °C

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

SINATS VITAIS

547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

NI

DATA F100A1P
CLASSIFICATION
04/01/2020
17:09:04

BLAISE
-RANJA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE

AREA ATENDIMENTO

AREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MEDICO

100% Activity Value

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RADIO-X

SALE PRICE: \$1,000.00

TPO DE ALTA BANDA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

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

PERÍODO DE ATENDIMENTO

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 04/01/2020 17:59:01

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CARVALCANTE em 14/01/2020 17:59:07

ANTONIO ALISSIN SANDRITHA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL:
19.11.12



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

CATEG

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

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1854757814

PROIBIDO PLASTIFICAR

1854757814

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

CÉ Nº 015702866030 BILHETE DE SEGURQ DPVAT

**GEN-
REVEALED**

5102

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 1 204

015702866030 / 51725015460

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2015 11月30日

[illegible]

TI	U2540015335	0502350
RENAULT	MARCA	MODELO

[illegible][illegible]

2014	09	9CZKC16BDFR002231
------	----	-------------------

[illegible]

FNS (R\$)	DENATRA (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
00	00	00

2000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 32 IOF (R\$) 84,58 TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$)

DATA DE QUILATAGEM	
10/03/2020	
PAGAMENTO	

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - PRIVAT

LOTE / DOC 5244067 09.24.000000

MOTOR: KC16E8F062231

REPRESENTATIVE

[illegible]

NHS LINE

Digitalizado com CamScanner

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

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 de 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:

Passaú

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:

☒ RECLUSO 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:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA: 0713

-

CONTA: 06717

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA, QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECER 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

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

Pág. 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:

Passaú

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:

☒ RECLUSO 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:

CONTA:

AGÊNCIA:

 0713

CONTA:

 06717

 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

ANTONIO ALISSON SAMPAIO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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