

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477142

A/C: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170427048 ASL-0301335/17

Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 27/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477143

A/C: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170427048 ASL-0301335/17

Vitima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 27/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/06/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11608621

A/C: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170427048 ASL-0301335/17
Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11631775

A/C: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170427048 ASL-0301335/17

Vitima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 27/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/06/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2017

Carta nº: 11829156

A/C: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170427048 ASL-0301335/17
Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000727-7**

Conta: **0000013480-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcelo Pereira de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 2001028037242EXPEDIDO POR SSP-CEEM 27/03/2017CPF 028982573-38 / CNPJ _____, PROFISSÃO AgricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcelo Pereira de Oliveira.

AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0427-7 N° da CONTA (com dígito, se existir) 13480-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Vicosa do Ceará 14 de julho de 2017
LOCAL E DATA

Marcelo Pereira de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

VIA DO CLIENTE

STATION LINE DATA 3 & 25-JUL-2017 11:50 627038 1.7



BOLETIM DE Ocorrência Nº 570 - 1070 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **04/07/2017 14:14:34**
Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2017 08:52:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CAJUEIRO DO UBARI**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Ponto de Referência:

Boletim da ocorrência



Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**

Noticiante(s)

Nome: **MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **12/04/1982** CPF:
RG: **2001028037242** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **CILENE PEREIRA DE OLIVEIRA**
ANTONIO VERISMO DE ALMEIDA
Endereço: **SITIO UBARI**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/POP 110I, ANO E MODELO 2016/2016, COR PRETA, PLACA PNR 0746, CHASSI 9C2JB0100HR206770, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO CARNEIRO DE ARAUJO, QUANDO ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS O CONDUTOR DO VEÍCULO DESVIAR-SE DE UM ANIMAL PORCO, CHEGANDO A NOTICIANTE A PERDER O CONTROLE E CAINDO AO CHÃO, FICANDO ESTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS AMBULATORIAL EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcelo Pereira de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

POLICIA DO TRAFICO DE DROGAS - 10012713

Nome do Policial

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Ocorrência: 27/05/2017 02:22:00

Endereço da Ocorrência: SÍTIO CAUEIRO DO UARI

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Ponto de Referência

Município: VICOSA DO CEARA

Notificante(s)

Nome: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento: 12/04/1982 CPF:

RG: 2001028032325 Órgão Emissor: SSP/CE

Filiação: CLENE PEREIRA DE OLIVEIRA

ANTONIO VERISMO DE ALMEIDA

Endereço: SÍTIO UARI

Bairro: ZONA RURAL

Município: VICOSA DO CEARA

País: BRASIL

Telefone:

CEP: 62.300-000

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CONDUZIA O VEICULO HONDA POP 110I, ANO E MODELO 2016/2016, COR PRETA, PLACA FHR 0786, CHASSI GC3180100HR20270, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO CARNEIRO DE ARAUJO, QUANDO ENVIOLVIA-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS O CONDUTOR DO VEICULO DESVIAR-SE DE UM ANIMAL PORCO, CHEGANDO A NOTICIANTE A PERDER O CONTROLE E CAINDO AO CHÃO, FICANDO ESTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACONTECIMENTO DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS AMBULATORIAL EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE PRAT. QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERRERIA - MAT: 300362-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMACAO: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A):

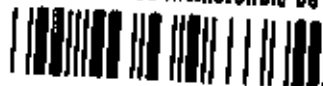
GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT: 198802-1-0

RECEBIDO POR MAT. 300362-1-0 - SGT. HENRIQUE OLIVEIRA FERRERIA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Marcelo Pereira de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 200.1028037-242 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.982.573-38, residente e domiciliado na Sítio Ubani, zona rural, Cidade Vigosa do Ceará, Estado Ceará, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo Pereira de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Vigosa do Ceará, 06 de julho de 2017

Local e data

SECRETARIA LIDER DPVAT 3 25-JUL-2017 11:51 027044 1/1

REGISTRO DE ATENDIMENTO



Nome: Marcelo Pereira de Oliveira
Sexo: M ☒ F ☐ DN: 22/10/1982 Idade: 35 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: Antonio Verissimo de Almeida Nome da Mãe: Cilene Pereira de Oliveira
Estado Civil: casado Profissão: agricultor
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: St. Uirari Telefone () _____
Cartão do SUS: 702.6062.9295.0447 RG: 2001029037242
Data do Atendimento: 27/06/2017 Hora: 08:52 Recepção: gnerlon

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: Acidente de moto + Trauma + edema
na coxa Há quanto tempo: _____
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() Acidente de Trânsito Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: ____/____/____

Assinatura do Profissional: _____

Jr. Regis. M. Uirari
UNICA MEDICA - MURAI SONGERAI
06/2017 - 12/17

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1- *Medicação Sólida 10-15 9:45*
- 2- *10-15*
- 3- *10-15*
- 4- *10-15*
- 5- *Foi liberada 01 ampola de Tramadol. 10-15*
- 6- *10-15*

J. Reis Monte Freite
MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Marcos Pereira de Oliveira

Assinatura do Usuário ou Responsável

Ato Declaratório



PREFEITURA DE
VICOSA
DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATORIO

Ator. que Marcelo Pereira
da Oliveira, foi atendido por
mim, em caráter de urgência,
com história de acidente moto-
ciclístico, com diagnóstico de
fratura, do 2º e 3º Pododactilos
Esquenos, em 27.06.17.
às 08:52 hrs.

Vicososa,
04.07.17.

Dr. Regis Monte Frei.
UNIC - VICOSA - ULTRASSONOGRAFIA
CRM - 13.515

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA

Global Gráfica (88) 3613.1377

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000013480-5

Nr. Autenticação

BRABCO1710201705000000000023700727000000013480168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcelo Pereira de OliveiraRG nº 2001028037242, data de expedição 27/03/2001, Órgão SSP-CE

CPF nº 028.982.573-32, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ubari</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural de Vigosa do Ceará</u>
Cidade	<u>Vigosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vigosa do Ceará, 03 de julho de 2017Assinatura do Declarante: x Marcelo Pereira de Oliveira

Poste 0000 0000
 Fator da Potência
 CGF

OR CONSUMO DO MES
TA HORATORIA REF 02/2017
MINACAO PUBLICA MUNICIPAL
CIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,94

Nota de taxa futura de 3,63 referente à FIS e COFINA, quotas: FIS=1,17% e COFINA=0,28%

00024735668-2 01623911289-4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcelo Pereira de OliveiraRG nº 2001028037242, data de expedição 27/03/2001 Órgão SSP/CE

CPF nº 028.982.573-38, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ubani</u>	EXEMPLAR EM POSSUIÇÃO DO DECLARANTE Nº 2.092.217 Data: 14-09-2017
Número	<u>S/N</u>	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Zona Rural</u>	
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>	
Estado	<u>Ceará</u>	
CEP	<u>62300-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9450-1378</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa do Ceará, 18 de Setembro de 2017.Assinatura do Declarante: Marcelo Pereira de Oliveira

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 489258112

Rota 31' 31143 01 010900 - 0 Data de Emissão 17/08/2017
 Nome LAURO SANTIRO DE ARAUJO
 End. Postal ST UBARI 00000 - VIOSA CEARA - 62300000
 Medidor 10400906 Poste 0000 0000
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
 RG/CPF/CNPJ 046703533-49 CGF
 Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Vej. e Log. no V. de esta conta	Conj. VIOSA TO CEARA	
Ago/2017	17/08/2017	16/09/2017	Mês	Jun/2017	DESD 23,79
			DICI = 15,66 D		
Tributos			Padrão Individual		
Básico de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Tít.	Anual
ISDGO			10,79	21,45	42,92
			DIC		
			7,59	15,19	30,39
			DMIC		
			5,79		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
21207	20974	1,00	233	0,00	0,00	0,37	86,49
17/08/17	17/07/17		31 DIAS				

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	86,49
MULTA MORATORIA REF 05/2017	1,11
JUROS DO MES	11,57
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,68
TAXA DE RELIGACAO	7,40
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,17)	6,17

VENCIMENTO	15/09/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	116,25
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	41,30	162	233
Perdas	4,13	0	151
Distribuição	28,06	154	09
Encargos Setoriais	9,71	155	102
Tributos (PIS, COFINS)	3,29	176	123
TOTAL	86,49	194	202
		195	
CONSUMO EQUIVALENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		CONSIDERAÇÃO ECOLÓGICA (kg CO ₂)	
Consumo equivalente pelo consumo de energia elétrica		0	0,00
Emissão kg (CO ₂)	100,70	0	0,00

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 462,29. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor
12/2015	126,30
01/2016	22,20
02/2016	133,79
03/2016	89,25
10/2016	37,80

Consta desta fatura R\$ 3,29 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:3,14%

Ata: 4 Pass. 100 2005 - WFLA e lista n. 10,627-02 e 10.832-03;

Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do veículo

Eu, Francisco Carneiro de Araújo,
 RG nº 96025002311, data de expedição 15/05/1996,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 289.702.188-82, com
 domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Ubani, nº SIN,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Marcelo Pereira de Oliveira, cujo o condutor era
Marcelo Pereira de Oliveira.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda Pop MOI
 Ano: 2016/2017
 Placa: PNR 0746
 Chassi: 9C2JB0100HR206770
 Data do Acidente:
 Local e Data: Vicosa do Ceará, 03 de julho de 2017.

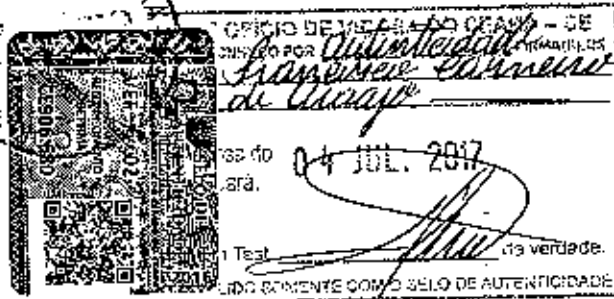
1º OFÍCIO

Francisco Carneiro de Araújo
 Assinatura do Declarante

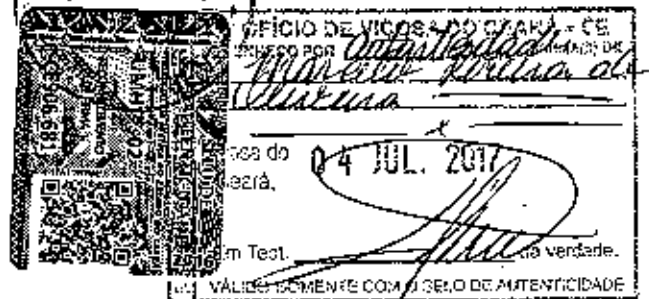
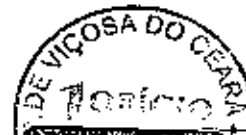
1º OFÍCIO

Marcelo Pereira de Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Louisanna Kelly Pereira Sirio
 Escrevente Substituta



Louisanna Kelly Pereira Sirio
 Escrevente Substituta

SENTRON LIDER IMPR 3 B 26-JUL-2017 11:51 027045 1/1

Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do veículo

Eu, Francisco Carneiro de Araújo,
 RG nº 96025002311, data de expedição 15/05/1996,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 289.702.188-82, com
 domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Ubani, nº S/N,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Marcelo Pereira de Oliveira, cujo o condutor era
Marcelo Pereira de Oliveira.

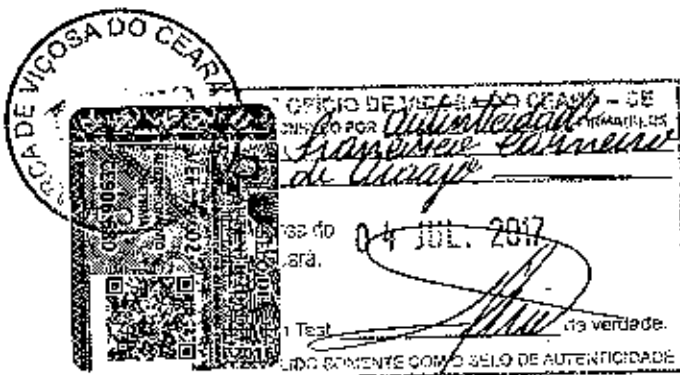
Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda Pop MOI
 Ano: 2016/2017
 Placa: PNR 0746
 Chassi: 9C2JB0100HR206770
 Data do Acidente:
 Local e Data: Vicosa do Ceará, 03 de julho de 2017.

Francisco Carneiro de Araújo
 Assinatura do Declarante

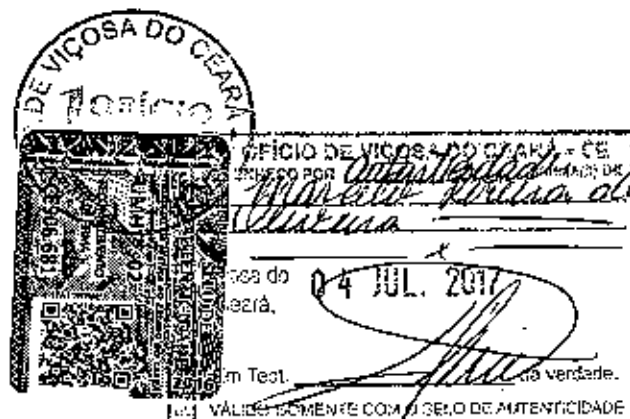
Marcelo Pereira de Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

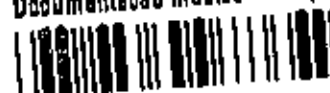
SELENIDORA LIDER IMPR. J. R. 26-JUL-2017 11:51 027045 1/1



Louisanna Kelly Pereira Sirio
 Escrevente Substituta



Louisanna Kelly Pereira Sirio
 Escrevente Substituta



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Marcelo Pereira de Oliveira
Sexo: M ☒ F ☐ DN: 12/04/82 Idade: 35 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: Antonio Veismundo de Almeida Nome da Mãe: Cilene Pereira de Oliveira
Estado Civil: casado Profissão: Agricultor
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará ☐ Outro Município: _____
Endereço: St. Ubu Telefone () _____
Cartão do SUS: 702 6062 9295 0447 RG: 2001029037242
Data do Atendimento: 27/06/2017 Hora: 08:52 Recepção: gnerlon

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 130 x 80 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: Acidose metabólica + Tachicardia + edema
na perna Há quanto tempo: _____
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

() Acidente de Trânsito Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: ____/____/____

Assinatura do Profissional: _____

Dr. Regis Wilson Freire
UNICA MEDICA - ULTRA SONOGRAFIA
POENAF - 13.015

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação Clínica: _____

EXAME FÍSICO: _____

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): _____

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1- *Prescrição de 10 mg de tramadol*

2- *Ex. físico*

3- *Ex. físico*

4- _____

5- *Foi liberada 01 ampola de tramadol. Foi.*

6- _____

J. Reis Monte Freire
CLÍNICA MÉDICA - ULTRASSONOGRAFIA
C.R.C. 13.516
MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA: _____

Marcos Vinícius de Oliveira

Assinatura do Usuário ou Responsável

Ato Declaratório



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATORIO

Atesta que Marcelo Pereira
de Oliveira, foi atendido por
mim, em caráter de urgência,
com história de acidente moto-
ciclístico, com diagnóstico de
fratura, do 2º e 3º Pododactilos
Esquenos, em 27.06.17
às 08:52 hrs.

Vicososa,
04.07.17.

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA

Dr. Regis Monte Fren
UNIC - MEDICINA ULTRASSONOGRAFIA
CREMPC - 13.516

Global Gráfica (88) 3813.1377

SENSACION LINEA PRINT 3 8 25-06-2017 11:51 027051 14

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Marcelo P. Oliveira

no anal

Mioflex A 1 CX
Tomar 1 CP 12/12Hrs

Dr Danilo Conserva Amada
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

28/6/17



PREFEITURA DE
VICOSA
DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATÓRIO

Marcelo P. Oliveira
no ret.

@ Transul 50mg - 01ayr.

Dr. Regis Monte rren
UNICA MÉDICA ULTRASSONIC S/A
CNPJ 07.011.135/0001-13

24.06.17

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA

Global Gráfica (86) 3613.1377

SEN/REG/000 LIXE/04017 3 & 25-JUL-2017 11:51 027053 1/1

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/CE
CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100

CNPJ: 00.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE Marcelo P Oliveira
está em tratamento de saúde e necessita 90
(noventa) dias de afastamento das suas
funções para recuperação.

Vem em tratamento desde 20/ Junho /17
com diagnóstico (CID) S92.3

Tianguá-Ceará, 10 de Julho de 2017


Dr. Danilo Conserva Amado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/CE 15403

Assinatura e Carimbo do Médico

NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R. G. P. S., aprovado pelo decreto Nº 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01(um) a 15(quinze) dias de afastamento de trabalho.

Documento de identificação

 **RECEITA FEDERAL DO BRASIL**

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

028 932.573-38

Nome

MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento

12/03/1974

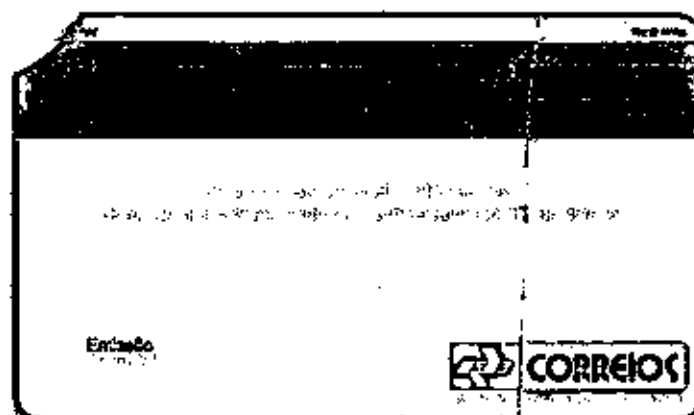
09.01994-1
0600010-P

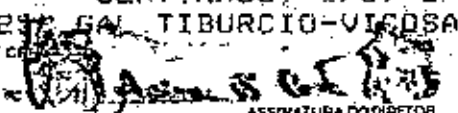
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Marcelo Pereira de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VAJA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2001020037242
DATA DE EXPEDICAO	27/3/2001
NOME MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO ANTONIO VERISMO DE ALMEIDA E CI LENE PEREIRA DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	T
DATA DE NASCIMENTO	12/4/1982
VICOSA DO CEARA-CE	
DOC ORIGEM	CERT. NASC. 1759 L A2 F
232 GAL TIBURCIO-VICOSA-CE	
	
ASSINATURA DO DIRETOR	
EIN 47 115 DE 26/05/93	

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformada pelo Decreto-lei nº 6.452 de 01.05.1945 que aprovou a CDT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados para o reconhecimento do trabalho, elementos básicos para obtenção do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação representam a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA EM CURSOS DO
FAT - LUNDO DE AMARILLO AO TRABALHADOR
VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

164.46330.78-8

3704201

003-0

CE

Marcelo Pereira de Oliveira



DU



SEI 50021 2017 0001 027047 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013355528934

CRD001 1096065468 0000000000 2017

FRANCISCO CARNEIRO DE ARAUJO
VICOSA DO CEARA/CE

28970218882 PLACA ANT / UF
9C2JB0100HR206770

PA5/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/POP 110T CATEGORIA 2P/OCV/109CC PARTIC PRETA

1 P COTA ÚNICA 1º VENC / COTAS
2 V PAIXA LEVA 2º PARCELAMENTO / COTAS
3 A 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 12/06/2017

VICOSA DO CEARA/CE
14/06/2017

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

CE Nº 013355528934 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 28970218882 INFORMAÇÕES, LEIA E VERIFIQUE AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorailden.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 28970218882 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 14/06/2017

1096065468 HONDA/POP 110T
2016 09 9C2JB0100HR206770

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29 FMS (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

4.15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.70 CUSTO DO SEGURO (R\$) 185.50

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

LOTE/DOC: 39840230344088-04 16949595
MOTOR: JB01E0H206825

REV 1/98

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170427048 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação do 2º. e 3º. MTT esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular no 2º. e 3º. MTT esquerdo, acarretando perda parcial da amplitude do movimento do pé esquerdo

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador e não realizou tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em setembro de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional leve do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2017

Conduta mantida:

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

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIO PEREZ GIMENEZ

CRM do médico: 45442

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA
Endereço do(a) Examinado(a): SITIO UBARI, S/N - S/N - Viçosa do Ceará/CE
- CEP 62300-000
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2001028037242 - SSP
Data e Local do Exame : 10/10/2017 RUA PAULO ARAGÃO, 579 -
SOBRAL/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico:

FX DA BASE DO 2º E 3º MTT ESQUERDOS

Exame Físico:

BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS
MOVIMENTOS DO PÉ E DISCRETA INSTABILIDADE POSTURAL

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM SET/2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ ESQUERDO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PÉ ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301335/17

Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.573-38

Data do Acidente: 27/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA : 028.982.573-38

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/07/2017

Nome: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 028.982.573-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2017

Nome: RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA

CPF: 035.143.767-35

MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARCELO REBELO DE OLIVEIRA

DATA DO ACIDENTE 27.06.17 POSSUI CPF? SIM () NÃO Nº CPF 028.982.57338

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MARCELO REBELO DE OLIVEIRA
 Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 028.982.57338
 E-mail _____ Tel.: () _____

Data 27-06-17 Assinatura X Assinatura Proprietário do veículo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC VÍCOSA DO CORAÇÃO
 Atendente JOÃO CARLOS DA SILVA VIEIRA Matrícula 818080001
 Data: 27-06-17 Assinatura: [Assinatura]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Carneiro de Araújo,

RG nº 96025002311, data de expedição 15/05/1996, Órgão SSP-CE,

CPF nº 289.703.188-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ubacir</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Vigosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vigosa do Ceará, 10 de julho de 2017.

Assinatura do Declarante: Francisco Carneiro de Araújo

Nº DO CLIENTE
6540552-8

Para atualizar seu endereço, envie o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60125-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.042.254/0001-70 | CEG 08.105.8483

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO D | SÉRIE B-4 | Nº
481381082

Rota 31 31143 01 010800 - 7 Data de Emissão 14/06/2017

Nome CASSIANE PEREIRA DE ARAUJO

End. Postal ST UBARI 00003 00000

Medidor 2729866 NORTE - VICOSSA CEARA -

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 002590673-93

Nome do Responsável

DÍGITOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Jun/2017	14/06/2017	17/07/2017	Conjunto VICOSSA DO CEARA						
ÍNDICE			Mês: JUL/2017 EUSI: 9,25						
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Apreciação Individual						
ISENTO			Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual	
			DIC	10,73	2,46	42,32	2,36	1,05	0,80
			FC	9,59	15,19	36,35	1,00	1,00	0,20
			DMIC	5,32			2,35		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. C	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fm.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1551	1490	1,00	61	0,00	0,00	0,10000 0,00000	6,10 0,00
14-06-17	16-05-17	29-06-17	6				16,85

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	31,37
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-16,41
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,18
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	19,88

VENCIMENTO 01/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 36,00
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	27,85
Transmissão	0,69
Distribuição	4,06
Encargos Setoriais	1,62
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,20
TOTAL	16,12

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
55	61	55	65	55	68	52	70	75	64	58	52

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

 Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Compensação Ecológica (%CO₂)

26,36 0,00 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

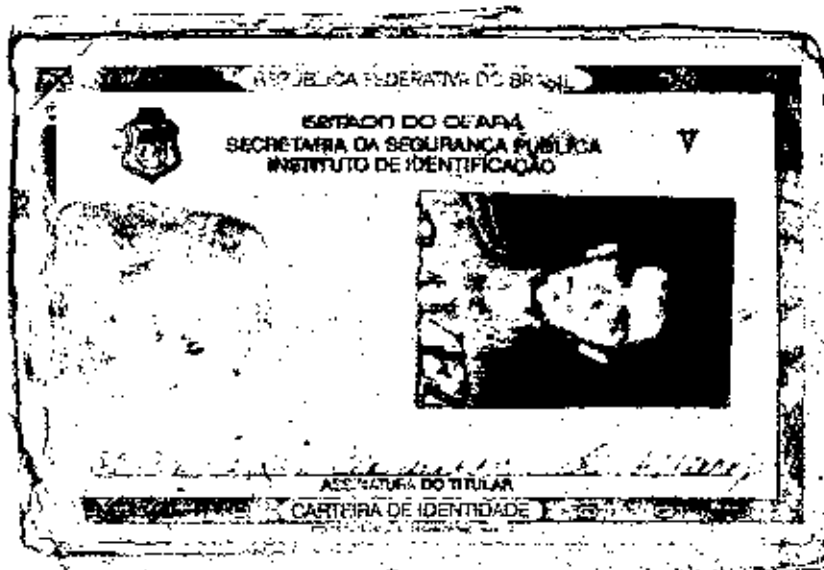
Para evitar a interrupção do fornecimento, mantenha em dia suas parcelas.

SEQUENCIA LÍDER PRINT 14 25-06-2017 11:51 027049 171

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
76025002311	DATA 15/5/1996
FRANCISCO CARNEIRO DE ARAUJO	
LAURO SATIRO DE ARAUJO E TEREZI HA CARNEIRO DE SAMPAIO	
LOCALIDADE	DATA DE EMISSÃO
VICOSA-CE	4/9/97
CERT. NASC. 987 L A2 F	
64V GAL. TIBURCIO-CE	
PORTALEZA-CE	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 118 DE 2003	

BANCO DO BRASIL	
CNPJ 00.000.000/0000-00	
Data de emissão: 15/05/1996	
Emissão	
BANCO DO BRASIL	

EXEMPLO DE EMISSÃO 3.8 25-04-2017 11:51 027046 1/1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301335/17

Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.573-38

Data do Acidente: 27/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA : 028.982.573-38

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/07/2017

Nome: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 028.982.573-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2017

Nome: RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA

CPF: 035.143.767-35

MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARCELO REBELO DE OLIVEIRA

DATA DO ACIDENTE 27.06.17 POSSUI CPF? SIM () NÃO Nº CPF 028.982.57338

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MARCELO REBELO DE OLIVEIRA
 Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 028.982.57338
 E-mail _____ Tel.: () _____

Data 27-06-17 Assinatura X Assinatura Proprietário do veículo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC VÍCOSA DO CORAÇÃO
 Atendente JOÃO CARLOS DA SILVA VIEIRA Matrícula 81808904
 Data: 27-06-17 Assinatura: [Assinatura]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Carneiro de Araújo,

RG nº 96025002311, data de expedição 15/05/1996, Órgão SSP-CE,

CPF nº 289.703.188-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ubacir</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Vigosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vigosa do Ceará, 10 de julho de 2017.

Assinatura do Declarante: Francisco Carneiro de Araújo

Nº DO CLIENTE
6540552-8

Para atualizar seu endereço, envie o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60125-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.042.254/0001-70 | CEG 08.105.848-3

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO D | SÉRIE B-4 | Nº
481381082

Rota 31 31143 01 010800 - 7
 Nome **CASSIANE PEREIRA DE ARAUJO**
 End. Postal **ST UBARI 00003 00000**
 Medidor **2729866**
 Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA**
 RG/CPF/CNPJ **002590673-93**
 Nome do Responsável

Data de Emissão **14/06/2017**
 Fator de Potência **0,00**

DÍGITOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.					
Jun/2017	14/06/2017	17/07/2017	VÍCIO DE MARCA					
ÍNDICE			Mês: JUL/2017					
Base do Cálculo (R\$)			EUSD: 9,25					
Alíquota			Aproximação Individual					
Valor do Imposto								
ISENTO								
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL								
1502,0711 5802,1515 5153,0807 PIS, COFINS								
DÍGITO								
DÍGITO								
DÍGITO								

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. C	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fm.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
1551	1490	1,00	61	0,00	0,00	0,00000	0,00	5,48	0,00
14-06-17	16-05-17	29-04-17	6	0,00	0,00	0,00000	0,00	5,48	0,00
VALOR (R\$)								16,85	
VR. CONSUMO DO MÊS RESIDENCIAL NORMAL								31,37	
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA								-16,41	
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA								1,18	
COB. SALDO FATURA ANTERIOR								19,88	

VENCIMENTO 01/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 36,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	27,85
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	1,62
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	2,20
TOTAL	16,12

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
 Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

26,36 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para evitar a interrupção do fornecimento, mantenha em dia suas parcelas.

SEQUENCIA LÍDER PRINT 14 25-06-2017 11:51 027049 171

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
76025002311	DATA 15/5/1996
FRANCISCO CARNEIRO DE ARAUJO	
LAURO SATIRO DE ARAUJO E TEREZI HA CARNEIRO DE SAMPAIO	
LOCALIDADE	DATA DE EMISSÃO
VICOSA-CE	4/9/97
CERT. NASC. 987 L A2 F	
64V GAL. TIBURCIO-CE	
PORTALEZA-CE	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 118 DE 2003	

BANCO DO BRASIL	
CNPJ 00.000.000/0000-00	
Data de emissão: 15/05/1996	
Emissão	
BANCO DO BRASIL	

EXEMPLO DE EMISSÃO 3.8 25-04-2017 11:51 027046 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301335/17

Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.573-38

Data do Acidente: 27/06/2017

Titular do CPF: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/08/2017

Nome: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.573-38

Data do cadastramento: 30/08/2017

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Seguradora

LÍDER

a sua seguradora do Seguro DPVAT

(1)

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização[Acompanhe o processo](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170427048 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 02898257338

Posição em 16-08-2017 11:30:49

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
{ Comprovação de ato declaratório -> Vítima, <- Pendente, <-			

ATENÇÃO - Clique aqui se o documento pendente for a comprovação de ato declaratório

Qualquer um dos documentos abaixo podem ser apresentados como comprovação de ato declaratório:

Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou

Atendimento pela Polícia Militar, ou

Atendimento pela Polícia Civil, ou

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou

Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares, ou

Remoção pelo SAMU, ou

Remoção pela Defesa Civil, ou

Inquérito Policial, ou

Aviso de sinistro em seguradora do ramo auto ou

Outro documento que evidencie que o acidente relatado no B.O. por ato declaratório, de fato ocorreu na data/local informado.

ATENÇÃO: Os documentos acima, inclusive os emitidos pela rede de atendimento médico-hospitalar, deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170427048 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM SUFICIENTES PARA QUE O EXAMINADOR EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: