

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

Nº Sinistro: 3180049671

Vitima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

Data do Acidente: 19/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180049671**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12332859



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

Sinistro: 3180049671

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

Data do Acidente: 19/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180049671** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12425463

A/C: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

Nº Sinistro: 3180049671
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
Data do Acidente: 19/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000045072-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283472

Vítima: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONINO BARBOSA DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000054959-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

053.141.084-03

João Roberto dos Santos Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Roberto dos Santos Vieira		CPF titular da conta 053.141.084-03	Profissão Semprete
Endereço Rua João Roberto dos Santos Vieira		Número 35	Complemento 01, L04
Bairro Centro	Cidade Curral de Leite	Estado PB	CEP 58291-000
E-mail alexandre.vieira.jr@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 98663-4900	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÍ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ. 0735	DV []	CONTA NRQ. 00045072	DV 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome []	NRQ. []
AGÊNCIA NRQ. []	DV []
CONTA NRQ. []	DV []
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Curral de Leite, 15 de Março de 2014
Local e Data

João Roberto dos Santos Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

0735 - PRATA DE TÍTULOS
DATA: 03/01/2018 HORA: 12:09:50
TERMINAL: 1001 AUT.: 0054
SOLDO ANT: 0000 SOLDO POST: 0000
COMPROVANTE DE DEPÓSITO
NÚM. DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 045.072-1
NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
DEPOSITANTE:

VALOR TOTAL:
VALOR DINHEIRO:

Informações: 0800-725 7474
Ouvidoria: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

1ª Via - Cliente

0735 - PRATA DE TÍTULOS
(AXIS 048)

COMPROVANTE DE DEPÓSITO
22 JAN 2018
PROTOCOLADO
AS 10:40:15

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

153.793.358-29

Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo:

CPF:

Antônio Barbosa de Lima

153.793.358-29

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Capiculator

Rua Lunal Velho

317

Zona rural

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rural Velho

Batista

CE

63700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

antoniob@uol.com.br

(82) 99379-3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0347

CONTA: 54959

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Batista-CE 05.11.2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

153.793.358-29

Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo:

CPF:

Antônio Barbosa de Lima

153.793.358-29

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Capiculator

Rua Lunal Velho

317

Zona rural

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rural Velho

Batista

CE

63700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

antoniob@uol.com.br

(82) 99379.3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0347

CONTA: 54959

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Batista-CE 05.11.2018

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

153.793.358-29

Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo:

CPF:

Antônio Barbosa de Lima

153.793.358-29

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Capiculator

Rua Lunal Velho

317

Zona rural

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rural Velho

Batista

CE

63700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

antoniob@uol.com.br

(82) 99379-3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

AGÊNCIA: 0347

CONTA: 54959

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Batista-CE 05.11.2018

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

153.793.358-29

Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo:

CPF:

Antônio Barbosa de Lima

153.793.358-29

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Capiculator

Rua Lunal Velho

317

Zona rural

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Lunal Velho

Batista

CE

63700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

antoniob@lunavelho.com.br

(82) 99379.3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0347

CONTA: 54959

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Batista-CE 05.11.2018

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

153.793.358-29

Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo:

CPF:

Antônio Barbosa de Lima

153.793.358-29

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Capiculator

Rua Lunal Velho

317

Zona rural

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rural Velho

Batista

CE

63700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

antoniob@uol.com.br

(82) 99379.3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0347

CONTA: 54959

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Batista-CE 05.11.2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antônio Barbosa de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

153.793.358-29 Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo: Antônio Barbosa de Lima CPF: 153.793.358-29
Profissão: Agricultor Endereço: R. Rural Velho Número: Complemento:
Bairro: Rural Velho Cidade: Batuípe Estado: CE CEP: 63700-000
E-mail: kanna@kanna1616@yahoo.com.br Tel.(DDD): (89)99191.9386

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0747 ☐ CONTA: 54959 ☐ 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Batuípe - CE 02.04.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio Barbosa de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário; A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

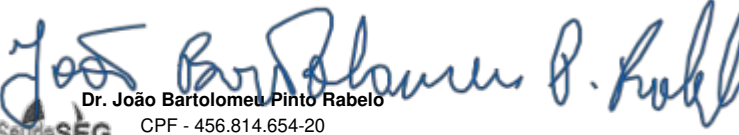
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180049671
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto dos Santos Vieira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Josefa Eugenia, 35 Qd 01, Lote 04
Centro Curral de Cima PB CEP: 58291-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2750687
Data local do acidente: [19/02/2017]
Data local do exame: [16/02/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTA CASO.
Data da Alta: 15 62017.
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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 (*).
- | | |
|--|--|
| ☐ "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ☐ "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
(X) 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2017

Ocorrência nº. 576/2017



Aos 26 dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). WENDER GOMES BORGES DE OLIVEIRA, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) Leonardo Souza L S Do Nascimento, às 10h:50min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA, conhecido por XXXXX, Identidade nº 2.750.687-SSP/PB, CPF nº 053.171.084-03, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: união estável, profissão: servente, filho(a) de José Leandro Vieira E De Josefa Dos Santos Vieira, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 19/03/1981, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Josefa Eugenia nº 35, qd: 01, lote: 04, bairro Centro - Curral De Cima/PB, tendo como ponto de referência: próx. supermercado de Manoel, fone(s) para contato: (83)- 99176-1501.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 19 de fevereiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 12h:0min;
- 4) LOCAL: Pb 71, Trevo Que Dá Acesso A Entrada De Curral De Cima nº s/n, bairro zona rural - Curral De Cima/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: POSTO DE SAUDE DE CURRAL DE CIMA;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

VEÍCULO (ESPECIE: MOTOCICLETA, MARCA/MODELO: HONDA/ NXR 150 BROS KS, ANO FAB/ANO MODELO: 2011/2011, COR: VERMELHA, PLACA: OEV1667/PB, CHASSI: 9C2KD0560BR102637, LICENCIADO EM NOME DE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA).

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

O NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 19/02/2017 POR VOLTA DAS 12H00MIN, ESTAVA GUIANDO O VEICULO ACIMA NA PB 071 PROX AO TREVO (ENTRADA DE CURRAL DE CIMA), QUANDO FOI FAZER A CURVA PERDEU A DIREÇÃO E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO PARA O POSTO DE SAÚDE DE CURRAL DE CIMA E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY; QUE NA QUEDA SOFREU UMA FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, REALIZANDO UMA CIRURGIA NO DIA 21/02/2017 E ALTA MEDICA NO DIA 22/02/2017; QUE DIANTE DO OCORRIDO VEIO A DELEGACIA PRESTA UM BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

9) OBSERVAÇÕES:

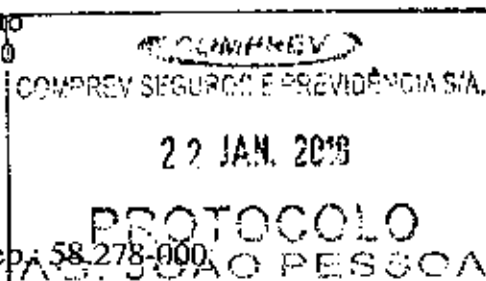
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Boletim de ocorrencia

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
Comunicante



Leonardo Souza L S Do Nascimento
Escrivão/Agente Mat nº 181.978-0



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 12:42:45**Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 18:20:00**Endereço da Ocorrência: **BR 404 - PRÓXIMO A FAZENDA ROMA**

Complemento:

Bairro:

Município: **IPAPORANGA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**Nascimento: **28/07/1950** CPF: **153.793.358-29**RG: **25.946.768-6**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA DE JESUS CHAVES****FRANCISCO BARBOSA DE LIMA**Endereço: **VILA CURRAL VELHO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **CRATEUS/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99491-8624****Noticiante(s)**Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA BEZERRA**Nascimento: **14/12/1969** CPF: **125.986.888-56**RG: **2003014109765**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA SIMIAO DE MENZES****OSVALDO BEZERRA DE MENEZES**Endereço: **VILA CURRAL VELHO**Bairro: **DISTRITO DE CRATEÚS**Município: **CRATEUS/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99287-7361****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HXB7160** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9C2JC2500XR176755** Renavam: **730233243** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:**1999** Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**Proprietário: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Informa o declarante que pilotava a motocicleta de PLACA: HXB7160/CE HONDA/CG 125 TITAN na BR 404 próximo a fazenda Roma, levando como passageiro a pessoa de nome: ANTONINO BARBOSA LIMA, a uma velocidade média de 50km/h; Que a pessoa de ANTONINO BARBOSA repentinamente veio a cair da motocicleta, não sabendo explicar o motivo; Que ligou para o Corpo de Bombeiros desta urbe para prestar socorro a vítima; Que a vítima foi levada para o HOSPITAL SÃO LUCAS onde foi atendido e feito exames preliminares; Que apresentava múltiplas escoriações e provável fratura de

Investprev Seguradora S/A.

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Consolidado em: 31/10/2018 13:17:12

13 NOV 2018

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/10/2018 13:17:46

+ Francisco

Antonio

Daniela da Silva Pereira
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MEX 30/10/2018

Renê Gomes Meunier
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 3012



Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3956 / 2018

punho esquerdo, dados apresentados no guia de atendimento hospitalar; Que ficou internado dois dias e após recebeu alta. Que afirma ter passado por cirurgia dias depois ao acidente, pelo fato de no momento a diabetes estar alta e não ser possível realizar a cirurgia. Que ainda passa por tratamento. Que apresenta como testemunha dos fatos relatados nesta Delegacia de Polícia Civil e no Boletim de Ocorrência, a pessoa de nome: ANTONIO LEONARDO LIMA, CPF: 054.063.483-08 E RG: 2007505324-6, afirmando ter presenciado os fatos relacionados ao acidente, como recuperação e tratamentos realizados para recuperação das lesões sofridas pela vítima.

OBS. As informações contidas neste boletim de ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei. (Art.339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniilo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30118626

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Fco dos Chagas de Souza Bezerra*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30124944



X ANTONIO LEONARDO LIMA

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 12:42:45**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 404 - PRÓXIMO A FAZENDA ROMA**
Complemento:
Bairro:
Município: **IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**
Nascimento: **28/07/1950** CPF: **153.793.358-29**
RG: **25.946.768-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE JESUS CHAVES**
FRANCISCO BARBOSA DE LIMA
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99491-8624**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA BEZERRA**
Nascimento: **14/12/1969** CPF: **125.986.888-56**
RG: **2003014109765** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA SIMIAO DE MENZES**
OSVALDO BEZERRA DE MENEZES
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**
Bairro: **DISTRITO DE CRATEÚS** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99287-7361**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB7160** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2JC2500XR176755 Renavam: **730233243** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:
1999 Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**
Proprietário: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que pilotava a motocicleta de PLACA: HXB7160/CE HONDA/CG 125 TITAN na BR 404 próximo a fazenda Roma, levando como passageiro a pessoa de nome: ANTONINO BARBOSA LIMA, a uma velocidade média de 50km/h; Que a pessoa de ANTONINO BARBOSA repentinamente veio a cair da motocicleta, não sabendo explicar o motivo; Que ligou para o Corpo de Bombeiros desta urbe para prestar socorro a vítima; Que a vítima foi levada para o HOSPITAL SÃO LUCAS onde foi atendido e feito exames preliminares; Que apresentava múltiplas escoriações e provável fratura de

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Consolidado em: 31/10/2018 13:17:12

13 NOV 2018

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/10/2018 13:17:46

+ Francisco

V. Antonio

Daniela da Silva Pereira
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MEX 30/10/2018

Renê Gomes Meireles
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 3012

Investprev Seguradora S/A.



Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3956 / 2018

punho esquerdo, dados apresentados no guia de atendimento hospitalar; Que ficou internado dois dias e após recebeu alta. Que afirma ter passado por cirurgia dias depois ao acidente, pelo fato de no momento a diabetes estar alta e não ser possível realizar a cirurgia. Que ainda passa por tratamento. Que apresenta como testemunha dos fatos relatados nesta Delegacia de Polícia Civil e no Boletim de Ocorrência, a pessoa de nome: ANTONIO LEONARDO LIMA, CPF: 054.063.483-08 E RG: 2007505324-6, afirmando ter presenciado os fatos relacionados ao acidente, como recuperação e tratamentos realizados para recuperação das lesões sofridas pela vítima.

OBS. As informações contidas neste boletim de ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei. (Art.339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniilo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30118626

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Fco dos Chagas de Souza Bezerra*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30124944



X ANTONIO LEONARDO LIMA

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 12:42:45**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 404 - PRÓXIMO A FAZENDA ROMA**
Complemento:
Bairro:
Município: **IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**
Nascimento: **28/07/1950** CPF: **153.793.358-29**
RG: **25.946.768-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE JESUS CHAVES**
FRANCISCO BARBOSA DE LIMA
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99491-8624**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA BEZERRA**
Nascimento: **14/12/1969** CPF: **125.986.888-56**
RG: **2003014109765** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA SIMIAO DE MENZES**
OSVALDO BEZERRA DE MENEZES
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**
Bairro: **DISTRITO DE CRATEUS** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99287-7361**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB7160** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2JC2500XR176755 Renavam: **730233243** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:
1999 Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**
Proprietário: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que pilotava a motocicleta de PLACA: HXB7160/CE HONDA/CG 125 TITAN na BR 404 próximo a fazenda Roma, levando como passageiro a pessoa de nome: ANTONINO BARBOSA LIMA, a uma velocidade média de 50km/h; Que a pessoa de ANTONINO BARBOSA repentinamente veio a cair da motocicleta, não sabendo explicar o motivo; Que ligou para o Corpo de Bombeiros desta urbe para prestar socorro a vítima; Que a vítima foi levada para o HOSPITAL SÃO LUCAS onde foi atendido e feito exames preliminares; Que apresentava múltiplas escoriações e provável fratura de

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Consolidado em: 31/10/2018 13:17:12

13 NOV 2018

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/10/2018 13:17:46

+ Francisco

Antonio

Daniela da Silva Pereira
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MEX 30/10/2018

Renê Gomes Meunier
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 3012

Investprev Seguradora S/A.



Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3956 / 2018

punho esquerdo, dados apresentados no guia de atendimento hospitalar; Que ficou internado dois dias e após recebeu alta. Que afirma ter passado por cirurgia dias depois ao acidente, pelo fato de no momento a diabetes estar alta e não ser possível realizar a cirurgia. Que ainda passa por tratamento. Que apresenta como testemunha dos fatos relatados nesta Delegacia de Polícia Civil e no Boletim de Ocorrência, a pessoa de nome: ANTONIO LEONARDO LIMA, CPF: 054.063.483-08 E RG: 2007505324-6, afirmando ter presenciado os fatos relacionados ao acidente, como recuperação e tratamentos realizados para recuperação das lesões sofridas pela vítima.

OBS. As informações contidas neste boletim de ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei. (Art.339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniilo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30118626

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Fco dos Chagas de Souza Bezerra*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30124944



X ANTONIO LEONARDO LIMA

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 12:42:45**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 404 - PRÓXIMO A FAZENDA ROMA**
Complemento:
Bairro:
Município: **IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**
Nascimento: **28/07/1950** CPF: **153.793.358-29**
RG: **25.946.768-6** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DE JESUS CHAVES**
FRANCISCO BARBOSA DE LIMA
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

Telefone: **(88) 99491-8624**

Investprev Seguradora S/A

CEP: **18 ABR 2019**

CNPJ: **42.366.302/0001-28**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA BEZERRA**
Nascimento: **14/12/1969** CPF: **125.986.888-56**
RG: **2003014109765** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA SIMIAO DE MENZES**
OSVALDO BEZERRA DE MENEZES
Endereço: **VILA CURRAL VELHO**
Bairro: **DISTRITO DE CRATEUS**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone: **(88) 99287-7361**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HXB7160-Uf: CE Município: CRATEUS Chassi: 9C2JC2500XR176755 Renavam: 730233243 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN Ano Fabricação: 1999 Ano Modelo: 1999 Combustível: GASOLINA Cor: AZUL Proprietário: ANTONINO BARBOSA DE LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa o declarante que pilotava a motocicleta de PLACA: HXB7160/CE HONDA/CG 125 TITAN na BR 404 próximo a fazenda Roma, levando como passageiro a pessoa de nome: ANTONINO BARBOSA LIMA, a uma velocidade média de 50km/h; Que a pessoa de ANTONINO BARBOSA repentinamente veio a cair da motocicleta, não sabendo explicar o motivo; Que ligou para o Corpo de Bombeiros desta urbe para prestar socorro a vítima; Que a vítima foi levada para o HOSPITAL SÃO LUCAS onde foi atendido e feito exames preliminares; Que apresentava múltiplas escoriações e provável fratura de

F. Francisco

Antonio

Danilo da Silva Pereira
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. Nº 301.086-3-6

Renato Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. Nº 301.086-3-6

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2018193599

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3956 / 2018

punho esquerdo, dados apresentados no guia de atendimento hospitalar; Que ficou internado dois dias e após recebeu alta. Que afirma ter passado por cirurgia dias depois ao acidente, pelo fato de no momento a diabetes estar alta e não ser possível realizar a cirurgia. Que ainda passa por tratamento. Que apresenta como testemunha dos fatos relatados nesta Delegacia de Polícia Civil e no Boletim de Ocorrência, a pessoa de nome: ANTONIO LEONARDO LIMA, CPF: 054.063.483-08 E RG: 2007505324-6, afirmando ter presenciado os fatos relacionados ao acidente, como recuperação e tratamentos realizados para recuperação das lesões sofridas pela vítima.

OBS. As informações contidas neste boletim de ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei. (Art.339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Danilo da Silva Paiva

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

X Fco das Chagas de Souza Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A) :**RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**René Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30124944

X ANTONIO LEONARDO LIMA.

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Roberto dos Santos Vieira

CPF da Vítima

053.141.084-03

Data do Acidente

19/02/14

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

IMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

22 JAN, 2014

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cornel de Lima 15 de Maio de 2014

Local e Data

João Roberto dos Santos Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 153.793.358-29
Profissão: Agricultor Endereço: R. Lunal Velho Número: 317 Complemento: Zona rural
Bairro: Lunal Velho Cidade: Batistão Estado: CE CEP: 63700-000
E-mail: antonio.barbosa.com.br Tel. (DDD): 99379.3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0747 CONTA: 54959 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Batistão - CE 05.11.2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antonio Barbosa de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

153.793.358-29

Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo:

CPF:

Antônio Barbosa de Lima

153.793.358-29

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Agricultor

Rua Lual Vello

317

Zona rural

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rural Vello

Batista

CE

63700-000

E-mail:

Tel. (DDD):

antoniob@uol.com.br

(88) 99379.3781

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0447

CONTA: 54959

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Batista-CE 05.11.2018

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 153.793.358-29 Nome completo da vítima: Antônio Barbosa de Lima

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

Nome completo: Antônio Barbosa de Lima CPF: 153.793.358-29
Profissão: Agricultor Endereço: R. Rural Velho Número: _____ Complemento: Coroa
Bairro: Rural Velho Cidade: Baturois Estado: CE CEP: 63700-000
E-mail: Antonioborba1976@yahoo.com Tel.(DDD): (89)99191.9386

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0747 ☐ CONTA: 54959 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Baturois - CE 02.04.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio Barbosa de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário; A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 4408



ESTAÇÃO: CRATEÚS DATA: 11/03/2018 Nº DA ASS.
NOME: ANTONINO BARBOSA DE LIMA
IDADE: 68 ANOS SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 404, km 4
BAIRRO: Zona Rural

HORA DA OCORRÊNCIA: 18:29
CHEGADA AO LOCAL: 18:38
SAÍDA DO LOCAL: 18:50
CHEGADA AO HOSPITAL: 19:00

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: Queda de Moto

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()	QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()		
PÁLIDO ()	FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()		
CONGESTO ()	NORMAL (X)	NORMAL (X)	NORMAL (X)		
NORMAL (X)			AUSENTE ()		

PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE ()	IRREGULAR ()	NORMAL (X)	AUSENTE ()		
FRACO ()	AUSENTE ()	RETARDADO ()	MÍNIMO (X)		
REGULAR (X)		AUSENTE ()	MODERADO ()		
			INTENSO ()		

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)	NORMAL (X)				
RESPONDE A COMANDO ()	CONFUSA ()	D. _____ mm			
RESPONDE A DOR ()	ININTELIGÍVEL ()	E. _____ mm			
SEM RESPOSTA ()	NENHUMA ()	REAGENTE ()			
		SEM REAÇÃO ()			

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FRATURA PROVÁVEL DE RÁDIO E ULNA DO ANTEBRACO DIREITO. ESCORPIÃO NOS MEMBROS SUPERIORES E TORAX.

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRACÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDOS |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: H.R.S.L

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

13 NOV 2018

Investprev Seguradora S/A.

ST. ALEXANDRE, CB WILK, SD SAMUEL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 4408



ESTAÇÃO: CRATEÚS DATA: 11/03/2018 Nº DA ASS.
NOME: ANTONINO BARBOSA DE LIMA
IDADE: 68 ANOS SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 404, km 4
BAIRRO: Zona Rural

HORA DA OCORRÊNCIA: 18:29
CHEGADA AO LOCAL: 18:38
SAÍDA DO LOCAL: 18:50
CHEGADA AO HOSPITAL: 19:00

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: Queda de Moto

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()	QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()		
PÁLIDO ()	FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()		
CONGESTO ()	NORMAL (X)	NORMAL (X)	NORMAL (X)		
NORMAL (X)			AUSENTE ()		

PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE ()	IRREGULAR ()	NORMAL (X)	AUSENTE ()		
FRACO ()	AUSENTE ()	RETARDADO ()	MÍNIMO (X)		
REGULAR (X)		AUSENTE ()	MODERADO ()		
			INTENSO ()		

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA (X)	NORMAL (X)				
RESPONDE A COMANDO ()	CONFUSA ()				
RESPONDE A DOR ()	ININTELIGÍVEL ()				
SEM RESPOSTA ()	NENHUMA ()				

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FRATURA PROVÁVEL DE RÁDIO E ULNA DO ANTEBRACO DIREITO. ESCORPIÃO NOS MEMBROS SUPERIORES E TORAX

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRACÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDS |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO: H.R.S.L

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

13 NOV 2018

Investprev Seguradora S/A.

ST. ALEXANDRE, CB WILK, SD SAMUEL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000045072-1

Nr. da Autenticação 66E0C0F9B6B4DC15

MONICA CECILIA DA SILVA
RUA JOSEFA EUGENIA, 337 QD 1 L 05 - CENTRO
CURRAL DE CIMA / PE CEP: 53231-000 (AS: 14)

Emissão: 22/12/2017 Referência: Dez / 2017

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 8720, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PE - CEP: 53071-680
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130 Nº medidor: 00008022653

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

CNPJ: 06.965.133/0001-40 Ins. Est. 15.015.823/0

Nela Fical / Conta de Energia Elétrica Nº 001.127.130
Cód. para DTE: 4. Automação: 00017404823

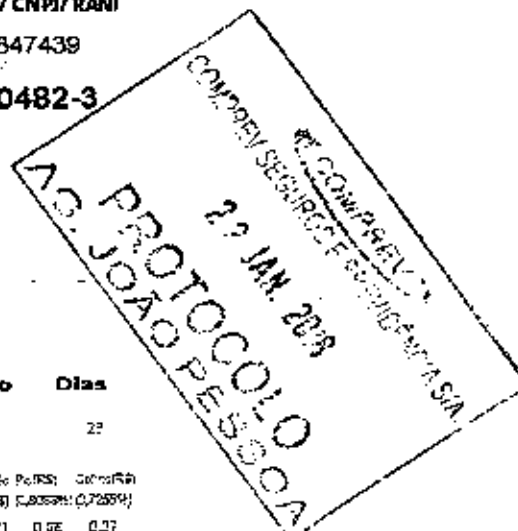
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017 22/12/2017 23/01/2018 5753847439
Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1740482-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 29 de abril de 2002. Divergente com segurança e a que as crianças devem aprender. Nunca empire, pois pode causar danos à rede elétrica e não as regras caso fiquem propensas na rede. Evite de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.



Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/17	2147	22/12/17	2228	1	75	22
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tempo	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				Consumo	Consumo	Consumo
0001	Consumo até 100 kWh - BR	32.000	2.243.558	7,21	7,21	25
0001	Consumo > 21 a 100 kWh - BR	43.000	2.412.399	20,30	20,30	25
0001	Adic. B. Vermelha	1,03	1,03	24	24	24
0510	Subsídio	20,34	20,34	25	25	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONT. 99 ALUG. PUBLICA	10,00	10,00	0	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio	-71,10	0,00	0	0,00	0,00

Comprovante de residência



CC: Código de Classificação do item TOTAL: 51,79 59,29 14,62 59,28 0,47 1,50

Média Últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
91 03/01/2018 R\$ 51,78

Histórico de Consumo (kWh)

94 93 92 91 29 01 07 103 102 21 24 21
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

1a50.5748.6eae.e918.3fca.1ba7.ed88.b0f2.

Indicadores de Qualidade 10/2017 (Janeiro)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	19,17	0,00	NOMINAL: 220	Serviço de Dist. de Energia / PE	7,46	14,41
DI FASE A	20,34			Serviço de Energia	10,04	19,39
DI FASE B	20,34		CONSTATADA: 202	Serviço de Transmissão	1,15	2,22
DI FASE C	20,34			Serviço de Distribuição	2,97	5,73
DI FASE D	20,34		LIMITE INFERIOR: 202	Impostos Diretos e Encargos	31,09	60,04
DI FASE E	20,34			Outros Serviços	0,00	0,00
DI FASE F	20,34		LIMITE SUPERIOR: 231	TOTAL	51,79	100,00

Valor em R\$ 0,00 (dez reais e 00 centavos)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,70

PARAIBA
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130
Motobus: 1740482-2017-13-0

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
03/01/2018 R\$ 51,78

83620000000-5 51780054000-0 17404822017-5 12000260019-1



MONICA CECILIA DA SILVA
RUA JOSEFA EUGENIA, 337 QD 1 L 05 - CENTRO
CURRAL DE CIMA / PE CEP: 53231000 (AS: 14)

Emissão: 22/12/2017 Referência: Dez / 2017

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 8720, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PE - CEP: 53071-680
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130 Nº medidor: 00008022653

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

CNPJ: 06.965.133/0001-40 Ins. Est. 15.015.823/0

Nela Fical / Conta de Energia Elétrica Nº 001.127.130
Cód. para DTE: Automático: 00017404823

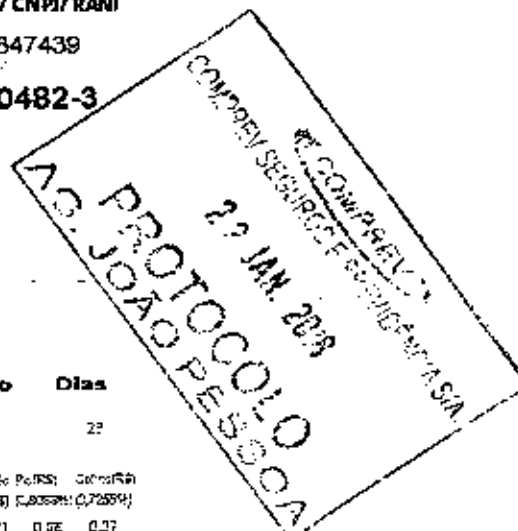
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2017 22/12/2017 23/01/2018 5753847439
Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1740482-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 29 de abril de 2002. Divergente com segurança e a que as crianças devem aprender. Nunca empire, pois pode causar danos à rede elétrica e não as regras caso fiquem propensas na rede. Evite de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.



Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/17	2147	22/12/17	2228	1	75	22
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tempo	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				Consumo	Consumo	Consumo
0001	Consumo até 100kWh-ER	32,000	2,243558	7,21	7,21	0,06
0001	Consumo > 21 a 100kWh-ER	43,000	0,412299	20,20	20,20	0,15
0001	Adic. B. Vermelha	1,00	1,00	2,48	1,00	0,01
0510	Subsídio	20,94	20,94	2,48	20,94	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONT. 99 ALUG. PUBLICA	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio	-71,10	0,00	0,00	0,00	0,00

Comprovante de residência



CC: Código de Classificação do item TOTAL: 51,79 59,29 14,62 59,28 0,47 3,50

Média Últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
91 03/01/2018 R\$ 51,78

Histórico de Consumo (kWh)

94 93 92 91 29 01 07 102 21 24 21
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

1a50.5748.6eae.e918.3fca.1ba7.ed88.b0f2.

Indicadores de Qualidade 10/2017-Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	19,17	0,00	NOMINAL: 220	Serviço de Dist. de Energia / PE	7,46	14,41
DI FASE A	20,34			Serviço de Energia	10,04	19,39
DI FASE B	20,34		CONSTATADA: 202	Serviço de Transmissão	1,15	2,22
DI FASE C	20,34			Serviço de Distribuição	2,97	5,74
DI FASE D	20,34		LIMITE INFERIOR: 202	Impostos Diretos e Encargos	31,09	60,04
DI FASE E	20,34			Outros Serviços	0,00	0,00
DI FASE F	20,34		LIMITE SUPERIOR: 231	TOTAL	51,79	100,00

Valor em R\$ 0,00 (dez reais e 00 centavos)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,70

PARAIBA
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130
Motricidade: 1740482-2017-13-0

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
03/01/2018 R\$ 51,78

83620000000-5 51780054000-0 17404822017-5 12000260019-1





Fatura Mensal
 Número de Contrato: 526965XXXXX3555
 Atendimento a Clientes: 40046509
 Demais localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura 28/10/2017
Total da fatura R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com os juros e encargos nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor devido em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,00.
 Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTC RECIFE PE PLS
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 AV MARIA ROSA 58
 MANAIRA
 58038-460 JOAO PESSOA PB



Demonstrativo
 Data Descrição Cidade/Pais Valor Original Coração Crédito
 13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR
 28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO
 Subtotal Nacional
 JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3555
 Mortuária Nacional
 13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TTI 02704
 Subtotal Nacional

Total Nacional
 Total Internacional
 Total da fatura

Administrativo do Programa de Pontos Caixa
 Saída Diária 12276
 Pontas e Causas 1230
Encargos
 Multa 1,00 %
 Juros 1,00 %
 Outros 5,01 %

Comprovante de residência



Entidade 13/10/2017

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 22 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Fatura Mensal
Número da Carta: 526965XXXX3555
Atendimento a Clientes: 40046509
Demais localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura 28/10/2017
Total da fatura R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com os juros e encargos nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor devido em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,00.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTC RECIFE PE PLS
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211507021 99888 2100
Vencimento: 28/10/2017 Poder
171017
Emissão: 13/10/2017

Comprovante de residência



1,00 %
1,00 %
5,01 %

Administrativo do Programa de Pontos Caixa
Saldo Disponível 12276
Pontos a Cairar 1230

Encargos
VISTA
MORA

Demonstrativo
Data Descrição Cidade/Pais Valor Original Valor US\$ Crédito

13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR
28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO
Subtotal Nacional

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXX3555
Mortgage Nacionalis
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TTI 02704
Subtotal Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da fatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 JAN. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nº DO CLIENTE

6521717

Para agilizar sua faturação, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 00735-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.306.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

536885495

Rota

07 38009 01 019400 - 2

Data de Emissão

10/08/2018

Nome

ANTONINO BARBOSA DE LIMA

End. Postal

PV CURRAL VELHO 00000

CURRAL VELHO - CRATEUS -

Medidor

2068372

Posto

0000 A54W

Classif

04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ

153793358-29

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Data da Apresentação

Previsão Próxima Lettura

Ago/2018

10/08/2018

12/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ELET 4740 6404 7700 0560 0002 0500 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lett. Atual

Lett. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Cons. Incl.

Cons. Pat.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

FP

3955

3858

1.00

95

0.00

95

0.40012

39,79

DESCRIÇÃO

10-08-18

11-07-18

30 DIAS

95

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

39,79

MULTA MORATORIA REF 07/2018

0,91

JUROS DO MES

0,61

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,85

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-42,16

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (-R\$ 5,00-)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 21,14
 Transmissão 0,26
 Distribuição 1,59
 Encargos Setoriais 1,22
 Tributos (ICMS, PIS, COFINS) 1,11
 TOTAL 35,79

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

110	98	109	117	93	102	108	105	114	122	118	125
110	98	109	117	93	102	108	105	114	122	118	125

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

38,26

0,00

0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para cancelar sua conta em débito automático, utilize

seu número de cliente sem o dígito verificador.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

de dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,11 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,30%

Nº. 1 - R. São. 100-1000 - HUEL - 1410 - 11 - 10-637-00 - 10-803-001

Estamos em Bandeira Vermelha manter 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh

(quilowatt-hora). Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente:

6521717

Referência:

Ago/2018

Data de Emissão:

10/08/2018

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

536885495

Nº de Controle:

0006521717 00043 39432 88

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini
 para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor
 será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
 incidência de multas ou encargos.

Nº DO CLIENTE

6521717

Para agilizar sua faturação, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 00735-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.306.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

536885495

Rota

07 38009 01 019400 - 2

Data de Emissão

10/08/2018

Nome

ANTONINO BARBOSA DE LIMA

End. Postal

PV CURRAL VELHO 00000

CURRAL VELHO - CRATEUS -

Medidor

2068372

Posto

0000 A54W

Class

04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ

153793358-29

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Data da Apresentação

Previsão Próxima Lettura

Ago/2018

10/08/2018

12/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ELET 4740 6404 7700 0560 0002 0500 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lett. Atual

Lett. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Cons. Incl.

Cons. Pat.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

FP

3955

3858

1.00

95

0.00

95

0.40012

39,79

DESCRIÇÃO

10-08-18

11-07-18

30 DIAS

95

39,79

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

39,79

MULTA MORATORIA REF 07/2018

0,91

JUROS DO MES

0,61

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,85

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-42,16

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (-R\$ 5,00-)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 21,14
 Transmissão 0,26
 Distribuição 1,59
 Encargos Setoriais 1,22
 Tributos (ICMS, PIS, COFINS) 1,11
 TOTAL 35,32

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

110	98	109	117	93	102	108	105	114	114	122	118	125
110	98	109	117	93	102	108	105	114	114	122	118	125

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

38,26

0,00

0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para cancelar sua conta em débito automático, utilize

seu número de cliente sem o dígito verificador.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

de dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,11 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,30%

Nº de Imp. 100-0000 - HABIL - 1410 - 10-637-00 - 10-000-000

Estamos em Bandeira Vermelha manter 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh

(quilowatt-hora). Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente:

6521717

Referência:

Ago/2018

Data de Emissão:

10/08/2018

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

536885495

Nº de Controle:

0006521717 00043 39432 88

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini
 para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor
 será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
 incidência de multas ou encargos.



Esta é a segunda via de
OUT/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8003311 DV **3**

VENCIMENTO
10/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
61,51

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **544075369**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 02 038000 03 013500 Medidor 6791465 Poste 0000 0
Nome EVALDO GOMES VIEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU SGT HERMINIO 01723 CS ALTOS CENTRO CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 115.516.583-72 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado

FP 33900 33838 1 62 0 62

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

62 0,83300 51,64

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 03/10/2018 Prev. Próxima Leitura 05/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2D05.3C36.C56E.AFF6.37A1.B513.D728.F1A4

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 51,64 Aliquota 27% Valor do Imposto 13,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 18,39
TRANSMISSÃO 1,96
DISTRIBUIÇÃO 10,48
ENCARGOS SETORIAIS 2,81
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 18,00

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,21

Conjunto CRATEUS

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8003311-3** Nº da Nota Fiscal: **544075369**
Data de Emissão: **31/10/2018** Referência: **OUT/2018**

Total a Pagar (R\$): **61,51**
Nº de Controle: **0008003311 00022 4327 2 05**

83820000000-2 61510031000-8 00080033110-9 00224327251-7



Nº DO CLIENTE

6521717

Para agilizar sua faturação, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 00735-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.306.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

536885495

Rota

07 38009 01 019400 - 2

Data de Emissão

10/08/2018

Nome

ANTONINO BARBOSA DE LIMA

End. Postal

PV CURRAL VELHO 00000

CURRAL VELHO - CRATEUS -

Medidor

2068372

Posto

0000 A54W

Classif

04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ

153793358-29

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Data da Apresentação

Previsão Próxima Lettura

Ago/2018

10/08/2018

12/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ELET 4740 6404 7700 0560 0002 0500 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lett. Atual

Lett. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Cons. Incl.

Cons. Pat.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

FP

3955

3858

1.00

95

0.00

95

0.40012

38,79

DESCRIÇÃO

10-08-18

11-07-18

30 DIAS

95

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

39,79

MULTA MORATORIA REF 07/2018

0,91

JUROS DO MES

0,61

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,85

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-42,16

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (-R\$ 5,00-)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 21,14
 Transmissão 0,26
 Distribuição 1,50
 Encargos Setoriais 1,22
 Tributos (ICMS, PIS, COFINS) 1,11
 TOTAL 35,26

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

110	98	109	117	93	102	108	105	114	122	118	125
110	98	109	117	93	102	108	105	114	122	118	125

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

38,26

0,00

0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para cancelar sua conta em débito automático, utilize

seu número de cliente sem o dígito verificador.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

de dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,11 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,30%

Nº. 1 - R. São, 100-1000 - HUEL - 1410 - 11 - 10-637-00 - 10-800-000

Estamos em Bandeira Vermelha manter 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (mil reais/hora). Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente:

6521717

Referência:

Ago/2018

Data de Emissão:

10/08/2018

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

536885495

Nº de Controle:

0006521717 00043 39432 88

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini
 para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor
 será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
 incidência de multas ou encargos.



Esta é a segunda via de
OUT/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8003311 DV **3**

VENCIMENTO
10/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
61,51

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **544075369**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 02 038000 03 013500 Medidor 6791465 Poste 0000 0
Nome EVALDO GOMES VIEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade RU SGT HERMINIO 01723 CS ALTOS CENTRO CRATEUS 63700000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 115.516.583-72 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado

FP 33900 33838 1 62 0 62

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

62 0,83300 51,64

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 03/10/2018
Prev. Próxima
Leitura 05/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2D05.3C36.C56E.AFF6.37A1.B513.D728.F1A4

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 51,64 Aliquota 27% Valor do Imposto 13,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 18,39
TRANSMISSÃO 1,96
DISTRIBUIÇÃO 10,48
ENCARGOS SETORIAIS 2,81
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 18,00

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,21

Conjunto CRATEUS

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8003311-3** Nº da Nota Fiscal: **544075369**
Data de Emissão: **31/10/2018** Referência: **OUT/2018**

Total a Pagar (R\$): **61,51**
Nº de Controle: **0008003311 00022 4327 2 05**

83820000000-2 61510031000-8 00080033110-9 00224327251-7





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Roberto dos Santos Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.141.084 / 03 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jose Roberto dos Santos Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.141.084 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

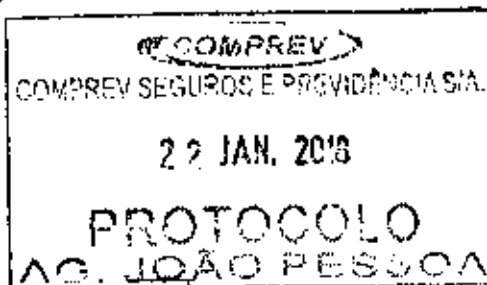
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento _____
Bairro <u>Maua</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
E-mail <u>zeduardosilva@outlook.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99342-1140</u>		Telefone celular (DDD) <u>98660-2858</u>

João Pessoa, 28 de dezembro de 2014
Local e Data

Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.341.693 / 96 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793358 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima Antônio Carlos de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793358 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Sargento Bernheim</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>970</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Botucatu</u>	Estado	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>guitaria-2008@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(19) 99379.3781</u>

Botucatu-SP, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.341.693 / 96 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793358 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima Antônio Carlos de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793358 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Sargento Bernheim</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>970</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Botucatu</u>	Estado <u>SP</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>guitaria-2008@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(19) 99379.3781</u>

Botucatu-SP, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.341.693 / 96 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793358 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima Antônio Carlos de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793358 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Sargento Bernheim</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>970</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Botucatu</u>	Estado	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>guitaria-2008@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(19) 99379.3781</u>

Botucatu-SP, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=2963>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.341.693 / 96 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Barbosa de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.793.358 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Antônio Barbosa de Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.793.358 / 29, conforme determinação da Circular Susep-445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Sargento Hermínio</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>C/pto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Patituba</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>Karinevieira1607@yahoo.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(89) 99497.9386</u>

Patituba-CE, 11 de fevereiro de 2019
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Antônio Barbosa de Lima,
RG nº 25.946.768-6, data de expedição 09/03/90, Órgão SSP-SP,
portador do CPF nº 153.793.358-19, com domicílio na cidade de
Itatiba, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lúcio Velho
nº 510, complemento zona rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio
Barbosa de Lima, cujo o condutor no momento do
acidente era Francisco das Chagas de Souza Bezerra

Veículo: moto

Modelo: Honda CG 125 Titan

Ano: 1999

Placa: 8X D 7160

Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755

Data do Acidente: 11 / 08 / 2018



Local e Data: Itatiba - CG 31.10.2018

x Antônio Barbosa de Lima
(Assinatura do Declarante)



Francisco das Chagas de Souza Bezerra
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Antônio Barbosa de Lima,
RG nº 25.946.768-6, data de expedição 09/03/90, Órgão SSP-SP,
portador do CPF nº 153.793.358-19, com domicílio na cidade de
Itatiro, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lunal Velho
nº 510, complemento zona rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio
Barbosa de Lima, cujo o condutor no momento do
acidente era Francisco das Chagas de Souza Bezerra

Veículo: moto

Modelo: Honda CG 125 Titan

Ano: 1999

Placa: 8X D 7160

Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755

Data do Acidente: 11 / 08 / 2018



Local e Data: Itatiro - CE 31.10.2018

x Antônio Barbosa de Lima
(Assinatura do Declarante)



Francisco das Chagas de Souza Bezerra
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Antônio Barbosa de Lima,
RG nº 25.946.768-6, data de expedição 09/03/90, Órgão SSP-SP,
portador do CPF nº 153.793.358-19, com domicílio na cidade de
Itatiro, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lunal Velho
nº 510, complemento zona rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio
Barbosa de Lima, cujo o condutor no momento do
acidente era Francisco das Chagas de Souza Bezerra

Veículo: moto

Modelo: Honda CG 125 Titan

Ano: 1999

Placa: 8X D 7160

Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755

Data do Acidente: 11 / 08 / 2018



Local e Data: Itatiro - CE 31.10.2018

x Antônio Barbosa de Lima
(Assinatura do Declarante)



Francisco das Chagas de Souza Bezerra
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

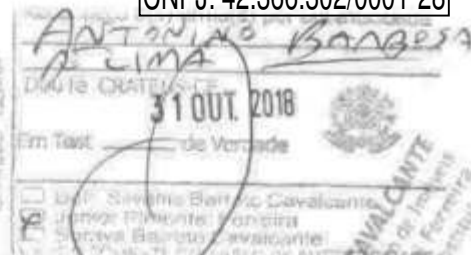
Eu, Antonio Barbosa de Lima,
RG nº 25.946.768-6, data de expedição 09/03/90, Órgão SSP-SP,
portador do CPF nº 153.793.358-29, com domicílio na cidade de
Itatiro, no Estado de Pernambuco,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Rural Velha
nº 511, complemento zona rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio
Barbosa de Lima, cujo o condutor no momento do
acidente era Francisco das Chagas de Souza Bezerra

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 125 Titan
Ano: 1999
Placa: 76X 07160
Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755
Data do Acidente: 11/08/2018

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Local e Data: Itatiro-PE 31.10.2018

x Antonio Barbosa de Lima
(Assinatura do Declarante)



Francisco das Chagas de Souza Bezerra
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 001547	Atendimento: 0003	Nome do Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA	CNS: 705102877012630	Guia de Autorização:
Documento(s):	Identidade: 259467686		Estado Civil: Outro	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 28/07/1950	Local: CRATEUS/CE			Idade: 68 Ano(s)
Pai: FRANCISCO BARBOSA LIMA	Mãe: MARIA DE JESUS CHAVES			
Endereço: CAMPO CURRAL VELHO, SN	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 63700-000	Município: CRATEUS	UF: CE
Profissão: AGRICULTOR	Empresa:	Cônjuge:		Telefone: 88 92299981
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA	CPF do Responsável:	Endereço: CAMPO CURRAL VELHO, SN	Município: CRATEUS	UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 11/08/2018	Hora: 19:09	Convênio: SUS	Matrícula:	CID:
Profissional do Atendimento: MANOEL RAFAEL DE SOUZA	CRM/UF: 15455/CE	Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente:	Funcionário: WILMA SABOIA LOIOLA			
Observação:				
Sala:	Data/Hora Liberação:	as	hs	Tipo de Saida: () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais:	Peso (kg):	Altura (cm):	T (°C): 36,5	P (bpm): 98
			R (rpm): 21	PA (mmHg): 130 X 80
				Oximetria (%): 96
				Glicemia (mg/dL):

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 11/08/2018 19:51

Responsável pela Classificação: ANTONIO WELIGTON DA

Relatório:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO MULTIPLAS ESCORIAÇÕES E QUEIXA DE ALGIA COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO.

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

11/08/2018 19:55:00h Responsável: MANOEL RAFAEL DE SOUZA CRM-CE 15455

PACIENTE IDOSO, HIPERTENSO E DIABÉTICO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SIC, APRESNTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E PROVAVEL FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM REGULAR ESTADO GERAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CD

RX DE PUNHO DIREITO

CETOPROFENO 100MG, 01AMP + 100ML, SF 0,9%, EV 20:30

DECADRON 4MG, 01AMP + AD, EV 20:30

LIMPEZA E CURATIVO 9R

OBSERVAÇÃO

Dr. Manoel Rafael de Souza
CRM-CE 15455

- RX com FRATURA DISTAL DE RADIO

- SINTOMAS DURANTE COM TORMENTAS GISTON.

Antônio Welington da Silva
Antonio Welington da Silva
Antonio Welington da Silva

MANOEL RAFAEL DE SOUZA - CRM 15455

+ ANTONIO WELINGTON DA SILVA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Antônio Barbosa de LimaDATA: 11/08/18PRONTUÁRIO: 1547

LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO / /

MÉDICO:

CONVÊNIO:

UNIDADE/SETOR: Urgência

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Êmese	DT	DS
19:50	130x80	98	36,5	21	96						
06:09	120x80	110	36,1	20	93						

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomo

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Antônio Barbosa de Lima DATA: 12/08/18
 PRONTUÁRIO: 001547 LEITO: _____ DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____
 MÉDICO: _____ CONVÊNIO: _____ UNIDADE/SETOR: _____
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

CONTROLES

Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Êmese	DT	DS
8:00	120x80	107	36.7	18	94%	—	—	—	—	—	—

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomo

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGÜINEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
11/08/18	às 19:10h paciente da entrada nesta unidade fuzido pelo grupo de Bandidos. Vítima de acidente, de trânsito (sic). Consciente, orientada, verbalizando, hemotórax, Glasgow 15. Apresentação clínica em MMSS e MIQ (goleiro), trauma com dor no local. Paciente atendida, avaliada e está sendo deixada em OBS pelo médico plantonista. Realizado RX de MTD. Aguar- da avaliação traumatológica. Segur. avulsa.	
	Investprev Seguradora S/A. 13 NOV 2018	

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
12/08/18	às 8:00 hrs paciente idosa, consciente, Orientada, Verbalizando, deambula, Esponeira em O2 ambiente, normotensa, normocorada paciente vítima de acidente automobilístico apresentando Escoriações, Queixas de Algia com deformidade em punho direita possível fratura, Relata algia em Região Cervical, Relata ser DM e HAS, nega alergia medicamentosa, Evacuações presente, aceita bem a dieta ofertada segue aos CGE-11-	Luiz Fernando Gonçalves Barros Enfermeiro CORENCE 12041
12/08/18	às 10:20h paciente recebe alta hospitalar após avaliação traumatológica, entregue receituário médico, realizado orientações. Maria Patrícia Ferreira de Lima	João Evandro Pereira de Souza Téc. de Enfermagem CORENCE: 847.618

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.



Centro de Diagnóstico por Imagem de Crateús

Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA-DR~JAMIL JORQUEIRA

Data de Nascimento: 28/07/1950

Data do Exame: 13/03/2019

Procedência: Paciente Interno

Nº do Paciente: 35290-P

Solicitante:

Nº do Exame:

Sexo: M

Convênio:

RADIOGRAFIAS DO PUNHO DIREITO

Controle pós-operatório de fixação da fratura cominutiva no rádio distal, com colocação de três fios intramedulares.

Fratura na epífise distal da ulna.

Variante ulnar positiva.

Assinado Eletronicamente por:

Dra. Vania Klein CRM 5737-ES | Médica-radiologista RQE 4421-ES

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 13/03/2019 10:09:26 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

RADIOLOGIA DIGITAL

Paciente:
ANTONIO BARBOSA DE LIMA, 66 ano(s)

Data:
21/02/2019

Endereço:
null - NÃO CADASTRADO - Alonso Cláudio - ES

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

INTERPRETAÇÃO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO - PA + P

Fratura da meta / diáfise distal do rádio, sem evidências nítidas de consolidação.

Fratura do braço estiloide da ulna.

Sinais de variância ulnar positiva.

Desalinhamento das estruturas ósseas do corpo.

Correlacionar com dados clínicos e exames anteriores.

Resumo/Sumário de alta

Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

Data de Nascimento: 28/07/1950

Idade: 68 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal:

Data: 11/09/2018

Nome da Mãe: MARIA DE JESUS CHAVES

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora: 07:05

Prontuário: 00

Data da Internação: 03/09/2

Leito: 009 - C

CRM: E

Motivo da Internação:

FRATURA COMINUTIVA DO PUNHO

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO INCRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA

Exames Realizados:

RX DE CONTROLE

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 5945

Jamil S. Jorquera
CRM-CE 5945
Or. Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
001547	0003	ANTONINO BARBOSA DE LIMA	706102877012630	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade 259467686			Outro	Masculino
Data de Nascimento	Local			Idade
28/07/1950	CRATEUS/CE			68 Ano(s)
Pai	Mãe			
FRANCISCO BARBOSA LIMA	MARIA DE JESUS CHAVES			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
CAMPO CURRAL VELHO, SN	ZONA RURAL	63700-000	CRATEUS	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone
AGRICULTOR				88 92299981
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
ANTONIA NUNES VIEIRA		CAMPO CURRAL VELHO, SN	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
11/08/2018	19:09	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
IOEL RAFAEL DE SOUZA	15455/CE	CONSULTA COM		
Ador de Acidente	Funcionário			
	WILMA SABOIA LOIOLA			
Observação				
Saia	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	05/11/15	() Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
		36,5	95	21
				PA (mmHg)
				130 X 80
				Oximetria (%)
				96
				Glicemia (mg/dL)

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 11/08/2018 19:51

Responsável pela Classificação: ANTONIO WELIGTON DA

Relatório:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO MULTIPLAS ESCORIAÇÕES E QUEIXA DE ALGIA COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO

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

11/08/2018 19:55:00h Responsável: MANOEL RAFAEL DE SOUZA CRM-CE 15455

PACIENTE IDOSO. HIPERTENSO E DIABÉTICO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. SIC, APRESNTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E PROVAVEL **FRATURA DE PUNHO ESQUERDO**. PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM REGULAR ESTADO GERAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CD

RX DE PUNHO DIREITO

CETOPROFENO 100MG, 01AMP + 100ML, SF 0,9%, EV

DECADRON 4MG, 01AMP + AD, EV

LIMPEZA E CURATIVO

OBSERVAÇÃO

Dr. Manoel Rafael de Souza
CRM-CE 15455

- RX com FRATURAS DISTAL DE RADIO

- SEMELHAR DO ACIDENTE COM TRAUMATISMO
GISTIA.

MANOEL RAFAEL DE SOUZA - CRM 15455

ANTONIO CESARINO LIA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA



CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 03/09/2018 08:14

Página 1
v2018032

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 001547	Atendimento 0008	Nome do Paciente ANTONINO BARBOSA DE LIMA	CNS 706102877012630	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 259467686			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 28/07/1950	Local CRATEUS/CE			Idade 68 Ano(s)
Pai FRANCISCO BARBOSA LIMA	Mãe MARIA DE JESUS CHAVES			
Endereço CAMPO CURRAL VELHO, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 92299981
Responsável ANTONIA NUNES VIEIRA	CPF do Responsável	Endereço CAMPO CURRAL VELHO, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/09/2018	Hora 07:24	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA OR
Local de Atendimento			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg) 72,000	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 84	R (mpm) 22
			PA (mmHg) 110 X 70	Oximetria (%) 97
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 03/09/2018 08:11

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE RETORNOU PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO

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

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

X Anio de novo via
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA

NOME:

Antenino Barbosa de Lima

PRONTUÁRIO:

1547

POSTO:

C.C.T

LEITO:

7.3

DATA

03.09.18

às 14h30 min. Paciente 68 anos, admitido no setor clínica cirúrgica com HD de Uroling em MSD e algia em região pubcavicular esquerda. Paciente orientado em tempo e espaço, não demencia sem surtos, não mormente em repouso no leito. Com antecedentes familiares de DM e HAS. Alarma, DM e HAS. Alega alergia. Refere fazer tratamento farmacológico de rotina, porém não sabe informar quais as medicações faz uso. Dor a dimensões, abdome flácido e indolor a palpação. Oximetria (23 rpm), normotensão (SpO₂ 97%), normoventilação (FC: 73 bat./min), normotensão (PA: 920x60 mm hg) e afebril (T 36.3°C). Refere distúrbio e evacuações presentes e sem alteração AVR em MSE com Alca-ath nº 20 V.F. e MSD e NM II, sem alterações. Aplicado escore de Prodem e de Morse, sendo a de Morse, com Alto Risco. Segue sob cuidados gerais e de enfermagem com Med. Cir. Felipe Martins Loureiro.

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Alina Soares Raul
Enfermeira
COREN-CE: 52836

Hospita

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA
Prontuário: 001547 Convênio: SUS
Data Nascimento: 20/07/1950
Nome da Mãe: MARIA DE JESUS CHAVES
Município: CRATEUS-CE

!SCRIÇÃO CIRÚRGICA

DATA

09/09/18

PACIENTE

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

Osteossíntese de punho "D"

CIRURGIÃO

Dr Samil

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Johannes

CRM

TIPO DE ANESTESIA

Bloqueio

CRM

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Reyla

CIRCULANTE

Caroline

ACHADOS OPERATORIOS

— Punho em 1º grau
— Punho separado 1º grau
— Punho separado 2º grau
— Punho separado 3º grau
— Punho separado 4º grau
— Punho separado 5º grau
— Punho separado 6º grau
— Punho separado 7º grau
— Punho separado 8º grau
— Punho separado 9º grau
— Punho separado 10º grau
— Punho separado 11º grau
— Punho separado 12º grau
— Punho separado 13º grau
— Punho separado 14º grau
— Punho separado 15º grau
— Punho separado 16º grau
— Punho separado 17º grau
— Punho separado 18º grau
— Punho separado 19º grau
— Punho separado 20º grau
— Punho separado 21º grau
— Punho separado 22º grau
— Punho separado 23º grau
— Punho separado 24º grau
— Punho separado 25º grau
— Punho separado 26º grau
— Punho separado 27º grau
— Punho separado 28º grau
— Punho separado 29º grau
— Punho separado 30º grau
— Punho separado 31º grau
— Punho separado 32º grau
— Punho separado 33º grau
— Punho separado 34º grau
— Punho separado 35º grau
— Punho separado 36º grau
— Punho separado 37º grau
— Punho separado 38º grau
— Punho separado 39º grau
— Punho separado 40º grau
— Punho separado 41º grau
— Punho separado 42º grau
— Punho separado 43º grau
— Punho separado 44º grau
— Punho separado 45º grau
— Punho separado 46º grau
— Punho separado 47º grau
— Punho separado 48º grau
— Punho separado 49º grau
— Punho separado 50º grau
— Punho separado 51º grau
— Punho separado 52º grau
— Punho separado 53º grau
— Punho separado 54º grau
— Punho separado 55º grau
— Punho separado 56º grau
— Punho separado 57º grau
— Punho separado 58º grau
— Punho separado 59º grau
— Punho separado 60º grau
— Punho separado 61º grau
— Punho separado 62º grau
— Punho separado 63º grau
— Punho separado 64º grau
— Punho separado 65º grau
— Punho separado 66º grau
— Punho separado 67º grau
— Punho separado 68º grau
— Punho separado 69º grau
— Punho separado 70º grau
— Punho separado 71º grau
— Punho separado 72º grau
— Punho separado 73º grau
— Punho separado 74º grau
— Punho separado 75º grau
— Punho separado 76º grau
— Punho separado 77º grau
— Punho separado 78º grau
— Punho separado 79º grau
— Punho separado 80º grau
— Punho separado 81º grau
— Punho separado 82º grau
— Punho separado 83º grau
— Punho separado 84º grau
— Punho separado 85º grau
— Punho separado 86º grau
— Punho separado 87º grau
— Punho separado 88º grau
— Punho separado 89º grau
— Punho separado 90º grau
— Punho separado 91º grau
— Punho separado 92º grau
— Punho separado 93º grau
— Punho separado 94º grau
— Punho separado 95º grau
— Punho separado 96º grau
— Punho separado 97º grau
— Punho separado 98º grau
— Punho separado 99º grau
— Punho separado 100º grau

Jamil S. Jorgue
CRM 6945
Oft. Tra. e Otorrin.

REVISÃO DE PROCESSO.

Crateús-CE 07/02/2019

Eu Antonino Barbosa de Lima portador do RG: 25.946.768-6 e CPF:153.793.358-29, residente no Pv Curral Velho zona rural de Crateús.

Venho através desta declaração requerer aos senhores(a) analista a revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo o fato de não concordar com a negativa do processo, fui vítima de acidente de trânsito, sofri fratura grave do punho direito, fiz tratamento cirúrgico, coloquei placa de fixação e parafusos em meu punho como não fiquei com sequelas?

Diante das informações venho solicitar aos senhores(a) analistas revisão do meu processo e se necessário realização de uma perícia médica que tenho total direito de fazer, o qual vocês não podem negar um processo sem uma perícia médica com um médico auditor da seguradora Líder que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável eu com sequelas permanentes e ser negado meu processo sem uma perícia médica para constata as sequelas que eu tenho por conta desse acidente.

Obs.: Junto a essa carta vai novo laudo sofrido pelo o acidente.

Peço a vocês encarecidamente que mande a minha perícia médica com caráter de urgência para que o médico perito veja a situação que me encontro.

Atenciosamente.

Antonino Barbosa de Lima

ANTONINO BARBOSA DE LIMA.

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.919

Jose Roberto dos Santos Vieira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 JAN. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
02.010.084-06
Nome
JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
Nascimento
19-03-1981

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2750687 DATA DE EXPEDICÃO 07 ABR 2000
NOME JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA.
José Leandro Vieira
FILHO José dos Santos Vieira
Mamanguape-PB 19-03-1981
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. Nº 11.759, Fls. 144, Liv. A-11
CIC ORIGIN
CPF
Júlio Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 29/08/83

10 VACINADO
BRASIL
1988

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.919

Jose Roberto dos Santos Vieira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 JAN. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
02.010.084-06
Nome
JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
Nascimento
19-03-1981

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2750687 DATA DE EXPEDICÃO 07 ABR 2000
NOME JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA.
José Leandro Vieira
FILIAÇÃO Josefa dos Santos Vieira
Mamanguape-PB 19-03-1981
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. Nº 11.759, Fls. 144, Liv. A-11
CIC ORIGIN
CPF
Júlio Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 29/08/83

10 VACINADO
BRASIL
1988

Documentos de identificação



REPUBLICA EM 1080 O TERRITÓRIO NACIONAL 05701485	
USO IDENTIFICADOR PREVISTO EM 1208 PARA VÍCIOS DE FALSIFICAÇÃO DE 14 de 1970 - 8.000.000	
JOSE EDUARDO DA SILVA CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ IDENTIDADE DE ADVOGADO	
12576	
JOSEFA GERVASIO DA SILVA JOAO PESSOA-PE 1.054.582 - SSP/PR PROCURADOR GERAL PROF. Dr. Gervasio, Advogado - 16/04/2015	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 JAN 2015
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2010

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **153.793.358-29**

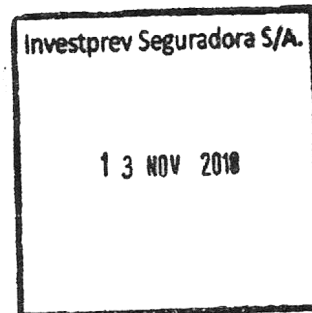
Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**

Data de Nascimento: **28/07/1950**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **14:53:11** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B856.BC0C.8EFA.F881**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **153.793.358-29**

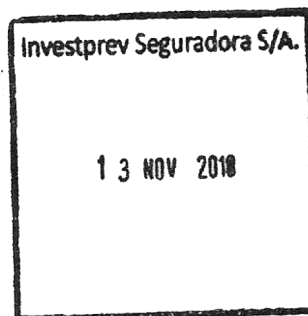
Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**

Data de Nascimento: **28/07/1950**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **14:53:11** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B856.BC0C.8EFA.F881**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 5/11/2003

REGISTRO 2003003007478

NOME KARINE VIEIRA GOMES

RELACIONADO EIVALDO GOMES VIEIRA E MARIA QUI

TERIA VIEIRA GOMES

NATURALIDADE CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO 24/8/1992

QUE ORIGEM CERT. NASC: 22.247 L A/22 F

68 CRATEUS/CE

ASSINATURA DO CORRETORE

PORTALIDADE

13 NOV 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA DA CIDADANIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLESAIR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Karine Vieira Gomes

03/0

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 030.341.693-96

Nome KARINE VIEIRA GOMES

Nascimento 24/08/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2010



Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2010

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **153.793.358-29**

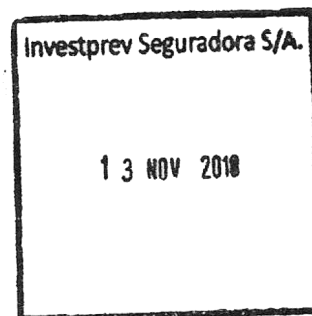
Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**

Data de Nascimento: **28/07/1950**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **14:53:11** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B856.BC0C.8EFA.F881**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **153.793.358-29**

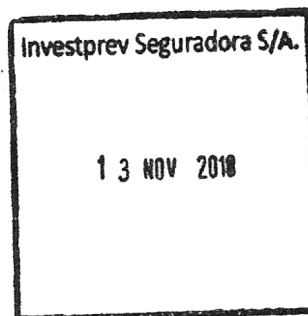
Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**

Data de Nascimento: **28/07/1950**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **14:53:11** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B856.BC0C.8EFA.F881**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 5/11/2003

REGISTRO 2003003007478
NOME KARINE VIEIRA GOMES

RELACIONADO EIVALDO GOMES VIEIRA E MARIA QUI
TERIA VIEIRA GOMES

NATURALIDADE
CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO
24/8/1992

QUE ORIGEM CERT. NASC: 22.247 L A/22 F

68 CRATEUS/CE

ASSINATURA DO CORRETORE
13/11/2003

PORTALIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

03/0

POLESAIR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Karine Vieira Gomes

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
030.341.693-96

Nome
KARINE VIEIRA GOMES

Nascimento
24/08/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2010



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **153.793.358-29**

Nome: **ANTONINO BARBOSA DE LIMA**

Data de Nascimento: **28/07/1950**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/02/1991**

Digito Verificador: **00**

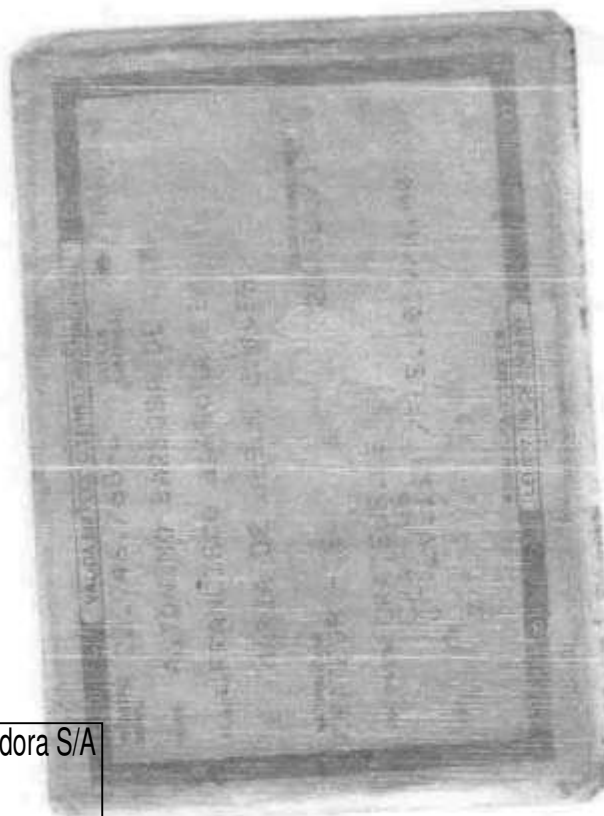
Investprev Seguradora S/A
18 ABR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Comprovante emitido às: **11:40:05** do dia **08/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2B75.52FD.D669.B2AA**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FOMATA E FOTOGRAFIA SEGMENTAR

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito




Karine Vieira Gomes

ESTADO DO CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2003083007478

DATA DE EMISSÃO
14/11/2018

NOME
KARINE VIEIRA GOMES

PLACAO
EVALDO GOMES VIEIRA

MARIA QUIÉRTIA VIEIRA GOMES

NACIONALIDADE
CRATEÚS - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1992

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 27247 FOLHA: 66 LIVRO: A -
22 CRATEÚS - CE
CPF: 030.341.693-96

2 VIA

Karine Vieira Gomes

LEI Nº 7.115 DE 20/08/03

P: 4

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

13684-0903232-20170803

140
1360
Agarikon Wharf
1360

전체 100명

CONFIDENTIAL



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 JAN. 2013

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

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

PB Nº 013221397380 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

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

05317108403 seguradoralider.com.br 1667/PB

SAC DPVAT 0800 022 1204

2011-03-08/2017

VIA JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

RENAVAM MARCA/MODELO

ANO 05317108403 Nº CHASSI OEVI657/PB

0033766382 PREMIO HONDA/NXR150 BROS KS

FNS (RS) 2011 9 DENATRAM (RS) 9C2KD0560BR 02637

CUSTO DO BILHETE (RS) 100 (RS) 100

***** SEGURO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.888/001-04

13684-0903232-20170803

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221397380

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0033766382-3 00/00000000 2017

JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

CPF/CNPJ 05317108403 PLACA OEVI657/PB

PLACA ANT./UP NOVO PB 9C2KD0560BR 102637

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLI COMPLETIVEL

HONDA/NXR150 BROS KS ANO FAB. 2011 ANO MOD.

02/07/149 /CI SAHOPR CORRESPONDENTE

COTA ÚNICA 0076878000 VENC./COTAS 1º 2º 3º

FAIXA UPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TOTAL (RS) 100 DATA DE PAGAMENTO 03/08/2017

SEM RESERVA DE DOLIN OBSERVAÇÕES

CURRAL 140 03/08/2017

140 1368

DENATREN

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 013867581882
VIA — COB RENAVAM — IN.TRC — EXERCÍCIO — 2017
01 007302732473 00000000000

ANTONIO BORGES DE LIMA

1537935829	CHP / CNR	PUCA
		HXB7160/CE
PLACA ANT / UFE	CHASSI	9C2JC2500XR176755
/CE		

PAS/MOTOCICLO/NAO APIC.	ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
1990	1990	1999

ESPOSIZIONE	CAP / TOT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
ESPOSIZIONE	CAP / TOT / OIL	PARTIC	AZUL

VENIC - COTAS		VENIC - COTA UNICA		PARCELAMENTO / COTAS	
1°	2°	3°	4°	5°	6°
1°	2°	3°	4°	5°	6°

PRÊMIO TAFELAH (R\$) — IOF (R\$) — PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

OBJEÇÕES

LOCAL	DATA
15/12/2017	

Ligor Ponte
Superintendente

DETROIT-CE

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

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

CE Nº 013869581882

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 15/12/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
45	15.57033829	HXB7160

01	1007700000	RENAVAM	MARCA / MODELO	HONDA / CG 125 TITAN
----	------------	---------	----------------	----------------------

0073020213	ANG FAB	CAL TABS	NF CHASSI	0073024008176755
------------	---------	----------	-----------	------------------

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIES (R\$)	DEBANTAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$ 1,29	9,03	90,33%

	CUSTO DO BOMITE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DOS PAGOS AUTORIZADOS (R\$)
	4.1 ⁸⁵	0.7	185.5

Adm.	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
		14/12/2017

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

00570

00570



DENTRAN

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 013609581602

VIA	CÓD. RENAVAM	IN.TRC	EXERCÍCIO
04	037020000000	0000000000	2017

ANTONIO BORESA DE LIMA

1537935829	CHP / CNR	PUCA
		HXB7160/CE
PLACA ANT / UF	CHASSI	9C2JC2500XR176755
/CE		

PAS/MOTOCICLO/NAO API 100.	COMBUSTIVEL	GASOLINA
ESPECIE TIPO	ANO FAB.	ANO MOD.
	1990	1999
MARCA/MODELO		
PIRELLA/CC 125 TITAN		

HUN/AZU	CAP TOT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
		PARTIC	AZU

COTA UNICA		VEIC. COTA UNICA		VEIC. / COTAS	
1	1.15% NT	1	1.15% NT	1	1.15% NT
2	2.15% NT	2	2.15% NT	2	2.15% NT
3	3.15% NT	3	3.15% NT	3	3.15% NT

A	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

Observação

LOCAL 5/12/2017 DATA

1-  Igor Ponte
Superintendente

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

CE Nº 013869581892

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

www.conradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 15/12/2017

PLACA	HXB7140
-------	---------

MARCA / MODELO	3 125 TUTAN
----------------	-------------

00XR176755
—NYCHASSI—

CARIO

	CUSTO DO SEGURO (R\$)
	90 ³ ,33%

	TOTAL A SET PRICE PER UNIT MAZD PHS	185.5
--	-------------------------------------	-------

DATA DE QUITAÇÃO	14/12/2017
ESTADO	

IDER - DPVAT

0.0001-04

755 77777 00570

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013869581882
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA 01 00750233243 00000000000 2017

ANTONIO BARBOSA DE LIMA
CRATEUS /CE

15379335829 HXB7160/CE

902J0C2500XR176755

PAS/MOTOCICLO/NOVO APPLIO GASOLINA

HONDA/CG 130 TITAN 1999

2P/OCV/124CC PARTIC AZUL

1º ISENTID**
2º NAD**
3º NAD**

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,7

DATA DE PAGAMENTO 15/12/2017

CRATEUS LOCAL 15/12/2017

Superintendente

DETRAN

CONTRAN

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

CE Nº 013869581882 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2017 15/12/2017

01 15379335829 HXB7160

00730233243 HONDA/CG 125 TITAN

1999 09 902J0C2500XR176755

PREMIO TARIFARIO 0,7

4,15 185,5

14/12/2017

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 08.345.616/0001-04

Investprev Seguradora S/A
18 ABR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049671 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACAS E PARAFUSOS), OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO HÁ COMO DEFINIR OU PREDIZER A EXISTÊNCIA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E INSUSCEPTÍVEL, A PARTIR DA DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA. ENCAMINHO A PERICIA MEDICA.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049671 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACAS E PARAFUSOS), OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO HÁ COMO DEFINIR OU PREDIZER A EXISTÊNCIA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E INSUSCEPTÍVEL, A PARTIR DA DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA. ENCAMINHO A PERICIA MEDICA.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049671 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
VIEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PERICIANDO OPERADO, FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS, HOVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049671 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
VIEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PERICIANDO OPERADO, FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS, HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049671 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
VIEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PERICIANDO OPERADO, FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS, HOVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

COMPANHIA
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 JAN. 2016

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

OUTORGANTE:

Jose Roberto da Santa Vieira,
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão
servente, CI RG nº 2450684 SSP/PB,
CPF/MF nº 053.141.084-03, residente e domiciliado(a) à Rua
Josefa Virginia, 351001-404 - centro
Cidade de Curral de Lima Estado
Paraíba, CEP: 58291-000, telefone
(83) 99105-5363, 99342-1140/98663-4900

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e
RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro,
na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

1º Cartório de Ofício
José Ribeiro da Silva
Oficial de Registro
Civil de Cima-PB

Jose Roberto da Santa Vieira
Data: 15/01/2016
Assinado digitalmente por
Jose Roberto da Santa Vieira
Assinado digitalmente por
Jose Roberto da Santa Vieira

Curral de Lima, 15 de Maio de 2016.

Jose Roberto da Santa Vieira

OUTORGANTE

Selo Digital nº AFB77303-8184
Consulte autenticidade em:
[HTTPS://selodigital.tpb.jus.br](https://selodigital.tpb.jus.br)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio Barbosa de Lima
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casado
Profissão: agricultor
Identidade: 25.946.768-6 CPF: 153.793.358-29
Endereço: Rio Limal Velho SN Bairro: zona rural
Cidade: Cratão CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Karine Vieira Gomes
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 2003003007478 CPF: 030.341.693-96
Endereço: Av. Sargento Bernheim 143 Bairro: Centro
Cidade: Cratão CEP: 63700-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antonio Barbosa de Lima.

Local: Cratão UF: CE, Data: 31 de Outubro de 2018.

x Antonio Barbosa de Lima
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio Barbosa de Lima
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casado
Profissão: agricultor
Identidade: 25.946.768-6 CPF: 153.793.358-29
Endereço: Rio Limal Velho SN Bairro: zona rural
Cidade: Craturo CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Karine Vieira Gomes
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 2003003007478 CPF: 030.341.693-96
Endereço: Av. Sargento Bernheim 143 Bairro: Centro
Cidade: Craturo CEP: 63700-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antonio Barbosa de Lima.

Local: Craturo UF: CE, Data: 31 de Outubro de 2018.

x Antonio Barbosa de Lima
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antônio Barbosa de Lima
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casado
Profissão: apicultor
Identidade: 25.946.768-6 CPF: 153.793.358-29
Endereço: Rio Limal Velho SN Bairro: zona rural
Cidade: Craturo CEP: 63700-000

Investprev Seguradora S/A

18 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Karine Vieira Gomes
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 800.300.300.7479 CPF: 030.341.693-96
Endereço: Av. Sargento Hermínio 173 Bairro: Centro
Cidade: Craturo CEP: 63700-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antônio Barbosa de Lima.

Local: Craturo UF: CE, Data: 31 de Outubro de 2018.

X Antônio Barbosa de Lima
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133191/19

Vítima: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

CPF: 153.793.358-29

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONINO BARBOSA DE LIMA : 153.793.358-29

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451069/18

Número do Sinistro: 3180587892

Vítima: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

CPF: 153.793.358-29

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 11/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412689/18

Vítima: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

CPF: 153.793.358-29

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONINO BARBOSA DE LIMA : 153.793.358-29

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN
CPF: 962.516.033-72

ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN