



07/10/2020

Número: **0825859-75.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/05/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35207532	07/10/2020 12:23	Petição	Petição
35207533	07/10/2020 12:23	2644985_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35207535	07/10/2020 12:23	2644985_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 01333/01334 - carta_01 - INVALIDEZ

00020667



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

Pag. 00855/00856 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12349448



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12425463

A/C: 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

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

Pag. 01807/01808 - carta_15R - INVALIDEZ

00010904





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

Rio de Janeiro, 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





LIDER
Administrativa de Jogo DPJ

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

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").

Num. 35207533 - Pág. 5

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0735 - PRATA DE TAMBOR
DATA: 03/01/2018 HORA: 12:09:50
TERMINAL: 1001 RCU: 001243 AUT.: 0054
SEPS 001 0000 FIC 001 0000
CONPROVANTE DE DEPÓSITO
Nº. DOC.: 000000

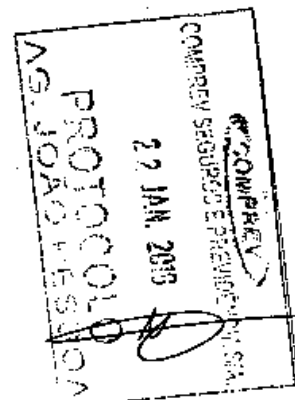
AGENCIA/CENTA CREDITADORA: 045.072-1
NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
DEPOSITANTE:

VALOR TOTAL:
VALOR DINHEIRO:

Informações: 045.072-1
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Ouvidoria: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

Este é o seu comprovante de depósito.
Ele contém informações sobre o depósito e o valor depositado.
Ele é válido para comprovar o depósito em caso de necessidade.
Ele é emitido automaticamente pelo sistema de depósito.

0735 - PRATA DE TAMBOR
(AXIAD JAB)



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: Rio Limal Velho Número: 312 Complemento: zona rural
Bairro: Rio Limal Velho Cidade: Batistão Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: antonio2008@yahoo.com.br Tel. (DDD): (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 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 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

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.

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: Rio Limal Velho Número: 312 Complemento: zona rural
Bairro: Rio Limal Velho Cidade: Batistão Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: antonio.2008@yahoo.com.br Tel. (DDD): (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 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 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

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.

FPS.001 V001/2018



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: Rio Limal Velho Número: 312 Complemento: zona rural
Bairro: Rio Limal Velho Cidade: Batista Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: antonio2008@yahoo.com.br Tel. (DDD): (89) 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 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 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: Batista - CE 05.11.2018
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.

FPS.001 V001/2018



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: Rio Limal Velho Número: 312 Complemento: zona rural
Bairro: Rio Limal Velho Cidade: Batista Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: antonio.2008@yahoo.com.br Tel. (DDD): (89) 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 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 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: Batista - CE 05.11.2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

FPS.001 V001/2018



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: Rio Limal Velho Número: 312 Complemento: zona rural
Bairro: Rio Limal Velho Cidade: Batistão Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: antonio2008@yahoo.com.br Tel. (DDD): (89) 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 6
(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: Batistão - CE 05.11.2018
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

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: Antônio Carlos de Lima CPF: 153.793.358-29
Profissão: Engenheiro Endereço: Av. Lúcio Velho Número: Complemento: Roca
Bairro: Lúcio Velho Cidade: Batuípe Estado: CE CEP: 63700-000
E-mail: kaperlima1616@uol.com.br Tel. (DDD): (89) 99197 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)
AGÊNCIA: 0347 CONTA: 54959 (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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: Batuípe - CE 02.04.2019
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.

FPS.001 V001/2018



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

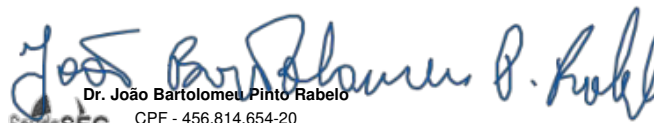
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180049671
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto dos Santos Vieira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Josefa Eugénia, 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 causalidade: 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) 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/VÍTIMA 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/VÍTIMA 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: OEVI667/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 SAUDE 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.

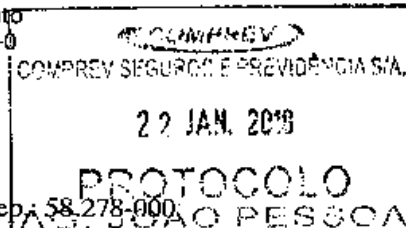
Boletim de ocorrência

Jose Roberto dos Santos Vieira

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA
Comunicante



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



Rua São João, 35, Centro - Jacaraú - PB. Cep. 58.278-000.





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

Pág. 1 de 2

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

Francisco



Antonio





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

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

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

Pág. 2 de 2

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





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** Órgão 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** Órgão 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

Pág. 1 de 2

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

Francisco



Antonio





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

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

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

Pág. 2 de 2

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





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

Pág. 1 de 2

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

Francisco



Antonio





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

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

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

Pág. 2 de 2

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



3180534805



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

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

Pág. 1 de 2

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

Francisco

Antonio





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

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Fco dos 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.

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

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

Pág. 2 de 2

Impresso em: 31/10/2018 13:17:48





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

053.111.084-03

Data do Acidente

19/02/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

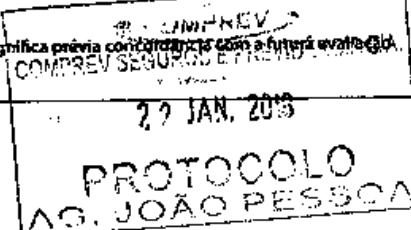
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Cidade de Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2017

Local e Data

João Roberto dos Santos Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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 Antenor Barboza de Lima

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

Nome completo: CPF:

Antenor Barboza de Lima 153.793.358-29

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Agricultor R. Lual Velho 317 Zona rural

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Rural Velho Baturina CE 63700-000

E-mail: Tel. (DDD):

antenor2008@yahoo.com.br (82) 99379.3781

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

REDA 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 6

(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

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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: Baturina-CE 05.11.2018

Nome: CPF:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF:

CPF:

2º Nome: CPF:

CPF:

Assinatura

Investprev Seguradora S/A.

13 NOV 2018

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 Antenor Barboza de Lima

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

Nome completo: CPF:

Antenor Barboza de Lima 153.793.358-29

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Agricultor R. Lual Velho 312 Zona rural

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Rural Velho Baturina CE 63700-000

E-mail: Tel. (DDD):

antenor2008@yahoo.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 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 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: Baturina - CE 05.11.2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Antenor Barboza 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.

FPS.001 V001/2018

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: 153.793.358-29

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Agente Bauro Velho Cidade: Bauro Estado: CE CEP: 63700-000

Bairro: Bauro Velho E-mail: kaperlima1616@uol.com.br Tel.(DDD): (89) 99197-9386

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)

AGÊNCIA: 0347 CONTA: 54959

(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 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

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/beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bauro - 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.

FPS.001 V001/2018





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



ESTACÃO: CRATEUS 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 ANTEBRAÇO DIREITO. ESCORDEME NOS MEMBROS SUPERIORES E TOELH

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | (X) IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV: |

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





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



ESTACÃO: CRATEUS 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 ANTEBRAÇO DIREITO. ESCORDEME NOS MEMBROS SUPERIORES E TOELH

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

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



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, 397 D 01 L 05 - CENTRO
CURRAL DE CIMA / PB CEP: 5321000 (AC: 14)

Emprego: 22/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 01220, Km25, Círculo Residencial João Pessoa / PB - CEP: 53071-000
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130 Nº medidor: 00008822553

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ: 06.966.133/0001-40 Ins. Est. 15.015.922-0

Neto Fatores / Conta de Energia EDP: 1000,127130
Cód. para DDD Automático: 00017404823

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

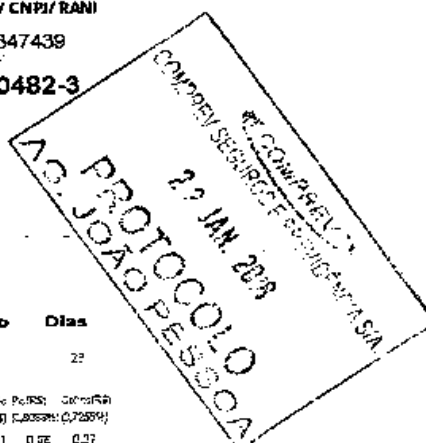
Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017 22/12/2017 23/01/2018 5753847439
Ins. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

51740482-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 29 de abril de 2017.
Diversão com segurança e a que as crianças devem aprender. Aproveite a oportunidade para ensinar as crianças a não se aproximar da rede elétrica e não as deixar caso fiquem presas na rede. Em caso de uso incorreto, os danos são de responsabilidade do usuário. 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								
COD	Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base (R\$)	Impostos (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Valor (R\$)		
		Tarifa Social (R\$)	ICMS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	Outros (R\$)	Total (R\$)		
0001	Consumo até 100 kWh - BR	32,000	0,243600	7,21	7,21	0,96	0,27	
0001	Consumo > 100 kWh - BR	43,000	0,412200	20,00	20,00	0,15	0,15	
0001	Adic. B. Vermelha	1,00	1,83	25	0,48	1,83	0,97	
0510	Subsídio	20,04	20,04	25	7,45	20,04	0,24	1,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0517	CONTABILIZACAO PUBLICA	18,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0518	Devolução Subsídio	-71,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

Comprovante de residência



Código de Classificação do item TOTAL: 51,79 89,28 14,62 59,26 0,47 1,20

Média Últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

91

03/01/2018

R\$ 51,78

Histórico de Consumo (kWh)

94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01 00

1a50.5748.8cae.e918.3fca.1ba7.ed88.b012.

Indicadores de Qualidade 10/2017 (Juscel)

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DDI MENSA	13,17	0,00	
DDI FRAQUEZA	20,04		NOMINAL 220
DDI ANEL	22,00		
DDI MENSA	0,00	0,00	CONTRATADA 220
DDI FRAQUEZA	15,00		LIMITE INFERIOR 220
DDI ANEL	31,00		LIMITE SUPERIOR 220
DDI	7,00		
DDI	1,22		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia / PB	7,46	14,41
Serviço de Energia	10,01	19,33
Serviço de Transmissão	1,15	2,22
Encargos Setoriais	2,99	5,77
Impostos Diretos e Encargos	31,09	60,04
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	51,78	100,00

Valor de R\$ 51,78 (R\$ 10,00) RE 10,77

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada com Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,10

PARAIBA
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130
Motricidade: 1740482-2017-12-0

VENCIMENTO
03/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 51,78

83820000000-5 51780054000-0 17404822017-5 12000260019-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783

MONICA CECILIA DA SILVA
RUA JOSEFA EUGENIA, 397 D 01 L 05 - CENTRO
CURRAL DE CIMA / PB CEP: 5321000 (AC: 14)

Emprego: 22/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 01220, Km25, Círculo Residencial João Pessoa / PB - CEP: 53071-000
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130 Nº medidor: 00008822553

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.966.133/0001-40 Ins. Est. 15.015.922-0

Neto Fatores / Conta de Energia EPR-100: 127,130
Cód. para DDE: Automação: 00017404823

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

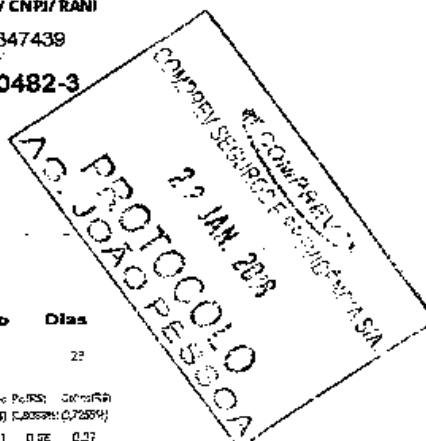
Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017 22/12/2017 23/01/2018 5753847439
Ins. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

51740482-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 29 de abril de 2017.
Diversão sem segurança e a qual as crianças devem aprender. Aproveite a oportunidade para ensinar as crianças a não se aproximar da rede elétrica e não as deixar caso fiquem presas na rede. A rede de usuário é mantida para garantir a segurança. 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						
CCI Descrição		Quantidade Tarifada	Valor Base Cota	Reg. Isonomia	Base Cota	Porcentagem
		Tarifa 1 (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh)				
0001	Consumo até 100 kWh - BR	32,000 0,243558	7,71	7,71	25	1,50 7,71 0,58 0,27
0001	Consumo > 100 kWh - BR	43,000 0,412293	17,93	25,20	25	6,08 25,20 0,15 0,18
0001	Adic. B. Vermelha		1,83	1,83	25	0,48 1,83 0,01 0,01
0510	Subsídio		28,84	28,84	25	7,45 28,84 0,24 1,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0517	CONTABILIDADE PÚBLICA		18,97	0,00	0	9,00 0,00 0,00 0,00
0518	Devolução Subsídio		-71,18	0,00	0	9,00 0,00 0,75 0,00

Comprovante de residência



CCI Código de Classificação do item TOTAL: 51,79 89,28 14,62 59,26 0,47 1,20

Média Últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

91

03/01/2018

R\$ 51,78

Histórico de Consumo (kWh)

94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01 00

1a50.5748.8cae.e918.3fca.1ba7.ed88.b012.

Indicadores de Qualidade 10/2017 (Juscel)

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DD MENSA	13,17	0,00	
DD FRAQUEZA	28,34		NOMINAL 220
DD ANUAL	52,83		
DD FRAQUEZA	1,87	0,00	
DD FRAQUEZA	15,84		CONTRATADA 220
DD ANUAL	31,80		LIMITE INFERIOR 220
DDAC	7,30	0,00	LIMITE SUPERIOR 220
DDAV	1,22		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia / PB	7,46	14,41
Serviço de Energia	10,01	19,33
Serviço de Transmissão	1,15	2,22
Encargos Setoriais	2,97	5,73
Impostos Diretos e Encargos	31,09	60,04
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	51,78	100,00

Valor de R\$ 51,78 (R\$ 10,77) RE 10,77

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada com Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,10

PARAIBA
Roteiro: 14 - 280 - 933 - 130
Motricidade: 1740482-2017-12-0

VENCIMENTO
03/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 51,78

83820000000-5 51780054000-0 17404822017-5 12000260019-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Fatura Mensal

Número da Carta: 52695XXXX3655
Atendimento a Clientes: 4096909
Demora Localidades: 0800 9405009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá pagar com os 10 dias
adicionados nesta fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor
indicado em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/PAIS	Valor Original	Valor US\$	Credito
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO				
	Sucessos Nacional				

JOSE EDUARDO DA SILVA 52695XXXX3655
Mantimento Nacional
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TTI 0204
Sucessos Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da fatura

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

**Comprovante de residência**

7211307021 88888 2100
Vencimento: 28/10/2017 Data: 17/10/17

Administrativo do Programa de Pontos Caixa

Saída Despesa: 22276 Pontos a Equiar: 1230

Entregas:
MULTA
MORA

2,00 %
1,00 %
50 %

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Fatura Mensal

Número da Carta: 52695XXXX3655
Atendimento a Clientes: 4094909
Demora Localidades: 0800 9405009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá pagar com a taxa de juros. Agradecemos a sua fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor em dívida em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

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

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/PAIS	Valor Original	Valor US\$	Cobrança	Credito
------	-----------	-------------	----------------	------------	----------	---------

13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR

28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO

Sucursal Nacional

JOSE EDUARDO DA SILVA 52695XXXX3655

Identificação Nacional:

13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TTI 0204

Sucursal Nacional

Total Nacional

Total Internacional

Total da fatura

7211307021 88888 2100

Vencimento: 28/10/2017

Parcela: 13/10/2017

Administrativo do Programa de Pontos Caixa

Saco Desperdiciado 12350

Pontos a Equiar 12350

Entregas

MULTA

MORA

Comprovante de residência

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Nº DO CLIENTE

6521717

Para agilizar seus pagamentos, 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 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042261/0001-70 | CGF 06.306.848-3

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 de Apresentação

Previsão Próxima Lettura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos

CRATEUS

Mês

Jun/2018

EISO 19,60

Ago/2018 10/08/2018 12/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

Partido em 100%

Aprovação Individual

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIEZ ATOS CADA TÍPO, 0,5% EFET. FISC. 0,05%

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lett. Atual Lett. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

10-08-18 09-07-18 1,00 90 0,00 0,00 0,40/1,2 39,79

10-08-18 11-07-18 30 DIAS 90 0,00 0,00 0,40/1,2 39,79

DESCRÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 39,79

MULTA MORATORIA REF 07/2018 0,91

JURIS DO MES 0,61

CORRECAO MONETARIA DO MES 0,85

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -42,16

ADICIONAL BANCOTEIRA VERMELHA MES (-R\$ 5,03)

VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia 21,14
Transmissão 8,60
Distribuição 1,00
Encargos Setoriais 2,22
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,11
TOTAL 34,07110 98 109 117 93 102 106 105 114 114 122 116 125
MED. Med. Jul. Jun. Ma. Abr. Mar. Fev. Jan. Dez. Nov. Out. Set.CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)

Consumo Equivalente (NCO)

38,26

0,00

%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO VOUCHER SEM VÍGUA VERIFICADORA.

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%

CNPJ: 07.042.261/0001-70 - INSC. EST. 10.637.90 - 10.637.90

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

(quilowatt-hora). Informações: www.enel.com.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 mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Nº DO CLIENTE

6521717

Para agilizar seus pagamentos, 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 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042261/0001-70 | CGF 06.306.848-3

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 de Apresentação

Previsão Próxima Lettura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos

Ago/2018 10/08/2018 12/09/2018

Mês Jun/2018

EISO 19,60

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

Partido em 100%

Aprovação Individual

ISENTO

DIC

FIC

DMIC

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ELET. ATIV. GEM. TIED. PPA. EFOZ. FST. ORES

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lett. Atual Lett. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

10-08-18 09-07-18 1,00 90 0,00 0,00 0,40/1,2 39,79

DESCRIÇÃO

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\$ 5,03)

VENCIMENTO

17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia 21,14
 Transmissão 8,60
 Distribuição 1,00
 Encargos Setoriais 2,22
 Tributos (ICMS, PIS, COFINS) 1,11
 TOTAL 34,07

Mês	Consumo (kWh)
110	98
109	109
117	117
93	102
106	105
105	114
114	122
116	118
125	125

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)

Consumo Equivalente (NCO)

38,26

0,00

%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO VOUCHER SEM VÍGUA VERIFICADORA.

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%
(Incl. R\$ 0,00 - 100-1000 - HUEL - 1419 m - 10-637-00 - 10-902-00)

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

Nº do Cliente:

6521717

Referência:

Ago/2018

Data de Emissão:

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 mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783



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	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	62	0,83300	51,64

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,18
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,28
JUROS DO MES	0,55
MULTA MORATORIA	1,23
TAXA DE RELIGACAO	7,63
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,75)	

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 08.105.848-3

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

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\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,64	27%	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

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

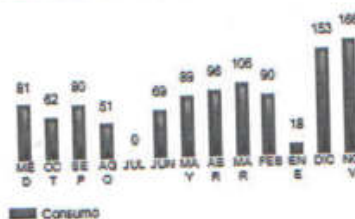
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,21

Conjunto CRATEUS

Mês AGO/ 2018

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8003311-3** Nº da Nota Fiscal: **544075369** Total a Pagar (R\$): **61,51**
Data de Emissão: **31/10/2018** Referência: **OUT/2018** Nº de Controle: **0008003311 00022 4327 2 05**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783>

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Nº DO CLIENTE

6521717

Para agilizar seus pagamentos, 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 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042261/0001-70 | CDP 06.306.848-3

enel

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

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

CPF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Data de Apresentação

Previsão Próxima Lettura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos

Mês

Jun/2018

EISO 19,60

Ago/2018 10/08/2018 12/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

Participação no ICMS

Aprovação Individual

Isento

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

PIS/PASEP, COFINS, INSS, FORT, FORT, FORT

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. Atual

Letr. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Consumo Incl.

Consumo Excl.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

10-08-18

11-07-18

1,00

90

0,00

0,00

R\$ 4,25

R\$ 39,79

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

10-08-18 11-07-18 30 DIAS

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\$ 5,03)

VENCIMENTO 17/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	21,14
Perdas	8,60
Distribuição	1,11
Encargos Setoriais	1,11
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	1,11
TOTAL	33,79

Mês	Consumo (kWh)
110	98
109	109
117	117
93	102
106	105
105	114
114	122
116	118
125	125

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)

Consumo Ecológico (NCO)

38,26

0,00

%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DE VENCIMENTO SEM VÍGUA VERIFICADORA.

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%

CNPJ: 07.042.261/0001-70 - HABIL - 1419 m - 10-637-00 - 10-302-001

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

(quilowatt-hora). Informações: www.enel.com.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 mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Num. 35207533 - Pág. 37



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	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	62	0,83300	51,64

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,18
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,28
JUROS DO MES	0,55
MULTA MORATORIA	1,23
TAXA DE RELIGACAO	7,63
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,75)	

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 08.105.848-3
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

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\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,64	27%	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

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

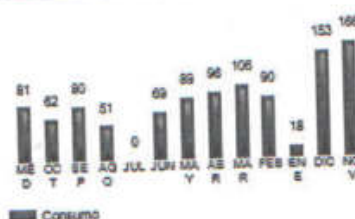
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,21

Conjunto CRATEUS

Mês AGO/ 2018

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8003311-3** Nº da Nota Fiscal: **544075369** Total a Pagar (R\$): **61,51**
Data de Emissão: **31/10/2018** Referência: **OUT/2018** Nº de Controle: **0008003311 00022 4327 2 05**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783>

Número do documento: 20100712235120300000033643783



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.

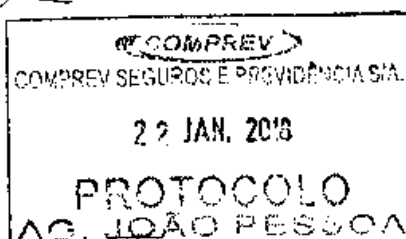
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Manoelina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.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

BLDRL001 V003/2017



67

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/biblioteca/web/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 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 Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793.358 / 29 do sinistro de DPVAT cobertura Fatalidade da Vítima Antônio Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793.358 / 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 Vermelho</u>		Número <u>1323</u>	Complemento <u>apto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63300-000</u>
Email <u>quitria-2008@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(88) 99339.3181</u>

Fortaleza - CE, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



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/biblioteca/web/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 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 nº 9.613/98.

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 133.793.358 / 29 do sinistro de DPVAT cobertura Furtividade da Vítima Antônio Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793.358 / 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 Vermelho</u>		Número <u>1323</u>	Complemento <u>apto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Patruia</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63300-000</u>
Email <u>quitria-2008@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(88) 99339.3181</u>

Patruia-CE, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante



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/BIBLIOTECASWEB/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 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 Carlos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793.358 / 29 do sinistro de DPVAT cobertura Furtividade da Vítima Antônio Carlos de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.793.358 / 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 Vermelho</u>		Número <u>1323</u>	Complemento <u>apto</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63300-000</u>
Email <u>quitria-2008@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99339.3181</u>

Fortaleza - CE, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante



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/biblioteca/web/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 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 nº 9.613/98.

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 153.793.358 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Antônio Carlos de Lima, 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 Vermelho</u>		Número <u>1723</u>	Complemento <u>Certo</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Botelhos</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email <u>Karinevieira1607@ig.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99497.9386</u>

Botelhos-CE, 11 de Abril de 2019
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Antônio Barbasa 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
Itatiba, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Luvial Velha
, 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
Barbasa 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 07160

Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755

Data do Acidente: 11 / 08 / 2018



Local e Data: Itatiba - CE 31.10.2018

x Antônio Barbasa 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



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Antônio Barbasa 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
Itatiba, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Luvial 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 Antônio
Barbasa 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 07160

Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755

Data do Acidente: 11 / 08 / 2018



Local e Data: Itatiba - CE 31.10.2018

x Antônio Barbasa 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



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Antônio Barabesa 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
Itatiba, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Luvial Velha
_____, 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
Barabesa 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



Local e Data: Itatiba - SP 31.10.2018

x Antônio Barabesa 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)

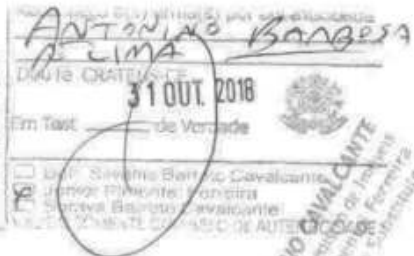
OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



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 153.793.358-29, com domicílio na cidade de
Bratúv, no Estado de Lima,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Lual 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: Benda CG 125 Titan
Ano: 1999
Placa: 8X 07160
Chassi: 9C 25C 2500 XR 176755
Data do Acidente: 11 / 08 / 2018



Local e Data: Bratúv - 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)

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 11/08/2018 19:55

Página 1

v2019002

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 001547 Atendimento 0003 Nome do Paciente ANTONINO BARBOSA DE LIMA
Documento(s) Identidade 259467686
Data de Nascimento 28/07/1950 Local CRATEUS/CE
Pai FRANCISCO BARBOSA LIMA Mãe MARIA DE JESUS CHAVES
Endereço CAMPO CURRAL VELHO, SN Bairro ZONA RURAL CEP 63700-000 Município CRATEUS UF CE Telefone 88 92299981
Profissão AGRICULTOR Empresa Cônjuge
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
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 19:09 19:55 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)

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 DURANTES COM TORMENTAS GISTM.

MANOEL RAFAEL DE SOUZA - CRM 15455

+ ANTONIO CESAR DA LIA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável ANTONIA NUNES VIEIRA



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Antonino 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						
06:00	120x80	70	36,1	20	93						

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

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 = para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Num. 35207533 - Pág. 49

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

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%	—	—	—	—	—	—

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

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

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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Num. 35207533 - Pág. 50

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
11/08/18	às 19:10h paciente da entrada na unidade fuzido pelo grupo de Bandidos. Vítima de acidente, de trânsito (SR). Consciente, orientado, verbalizando, hemotórax, Glasgow 15. Agnoscen- são em MMSS e MIB (joelhos). Trauma com lesão em punho D. Ferindo algia local. Paciente atendido, avaliado e está sendo deixado em OBS pelo médico plantonista. Realizado RX de MIB. Aguar- da avaliação traumatológica. Segue aos C-6E	

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 = Curativo para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.



DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
21/08/18	às 8:00 hrs paciente idosa, consciente, Orientada, Verbalizando, clembulula, Eupneica em O2 ambiente, normotensa, normocarada paciente vítima de acidente automobilístico apresentando Escoriações, Queixas de Algia com deformidade em punho direito 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 Eduardo Gonçalves Barbosa Enfermeiro COREN-CE 1201
22/08/18	às 10:20h paciente recebe alta hospitalar após avaliação traumatológica, entretanto necessita médica, realizado orientações ————— Maria Patrícia Ferreira de Lima	João Roberto Pereira de Souza Téc. de Enfermagem COREN-CE 841.616

Luiz Fernando Gonçalves Barboza
COTENEC 120571

217
João Pando Perreira de Souza
Téc. de Engenharia
CORENCE: 841.618

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 de 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 Telessaúde 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.



RADIOLOGIA DIGITAL

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

Data:
27/02/2019

Endereço:
null - NÃO CADASTRADO - Afonso Cláudio - ES

INTERPRETAÇÃO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO - PA + P

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

Fratura do braço estilóide da ulna.

Sinais de variância ulnar positiva.

Desalinhamento das estruturas ósseas do carpo.

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: CLÍNICA CIRÚRGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal:

Data: 11/09/2018

Nome da Mãe: MARIA DE JESUS CHAVES

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Data da Internação: 03/09/2018

Leito: 009 - C

CRM: E

Hora: 07:05

Motivo da Internação:

FRATURA COMINUTIVA DO PUNHO

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO INCRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA

Exames Realizados:

RX DE CONTROLE

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 5945

Assinatura Paciente/Responsável





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 11/08/2018 19:55

Página 1

v2018002

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuario 001547 Atendimento 0003 Nome do Paciente ANTONINO BARBOSA DE LIMA
Documento(s) Identidade 259467686
Data de Nascimento 28/07/1950 Local CRATEUS/CE
Pai FRANCISCO BARBOSA LIMA Mãe MARIA DE JESUS CHAVES
Endereço CAMPO CURRAL VELHO, SN Bairro ZONA RURAL CEP 63700-000 Município CRATEUS UF CE Telefone 88 92299981
Profissão AGRICULTOR Empresa Cônjuge
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 Matricula CID
Profissional do Atendimento CRM/UF 15455/CE Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Médico IOEL RAFAEL DE SOUZA Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA
Observação

Sala Data/Hora Liberação 05/11/15 Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 36.5 P (bpm) 95 R (rpm) 21 PA (mmHg) 130 X 80 Oximetria (%) 96 Glicemia (mg/dL)

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 20:30

OBSERVAÇÃO

Dr. Manoel Rafael de Souza
CRM-CE 15455

- RX com FRATURA DISTAL DE RADIO

- SINTOMAS DE PUNHO ESQUERDO COM TORMENTAS GISTON.

MANOEL RAFAEL DE SOUZA - CRM 15455

+ Antonio Cesar do Lira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA





CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 03/09/2018 08:14

Página 1

v2018002

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 JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Fluxo 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 (rpm) 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 *Antônio Barbosa de Lima*
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUNES VIEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783>

Número do documento: 20100712235120300000033643783

Num. 35207533 - Pág. 57

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Antenimo Barbosa de Lima

PRONTUÁRIO: 3547

POSTO: L.C.T.

LEITO: 7.3

DATA	
03.09.18	às 14h30 min. Paciente 68 anos, admitida no setor clínico cirúrgica com HD de Urticária em MSD e alergia em região subclavicular esquerda. Consciente, orientada em tempo e espaço, fixa, bem-humorada sem suor, no momento em repouso no leito. Com antecedentes familiares de DM e HAS. Mãe, DM e HAS. Alergia alimentar. Refere fazer tratamento farmacológico, de rotina, porém não sabe informar quais as medicações utilizadas. Dor à direita, abdome flácido e indolor a palpação. Oximetria (25.0rpm), normotensão (SpO₂ 97.96), normoventilação (FC 73 bat/min), normotensão (PA 1320x60 mmHg) e aferil (36.3°C). Refere dentadura e encaixas presentes e sem alteração AVR em MSE com Alto-Ortho nº 20 V.F. e MSD e MMII, sem alterações. Aplicado esmalte de Proteção e de Morte, sendo a de Morte, com Alto Puro. Segue aos cuidados gerais e de enfermagem. Med. Cir. Felipe Martins Loureiro.

Alma Socorro Roldan
Entomologist
CORR-CL-5283f



Hospit

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: ANTONINO BARBOSA DE LIMA
Prontuário: 001547 Convênio: SUS
Data Nascimento: 28/07/1950
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
ANESTESIOLOGISTA	Dr. Johannes	CRM
TIPO DE ANESTESIA	Bloqueio	
PATOLOGISTA		
INSTRUMENTADOR(A)	Rauly	
CIRCULANTE	Caroline	
ACHADOS OPERATÓRIOS		

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

CRM 6945
Dr. Samil S. Jorgensen



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.

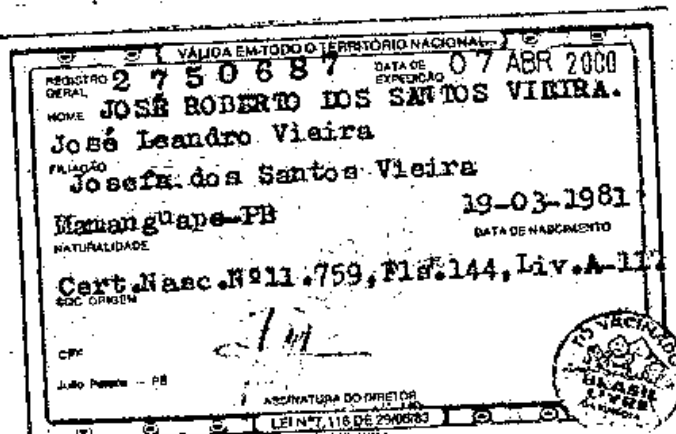
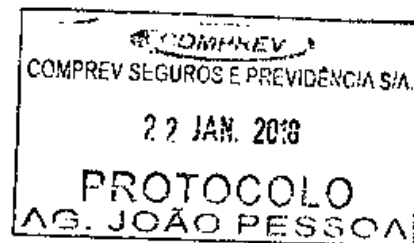
Antonino Barbosa de Lima

ANTONINO BARBOSA DE LIMA.



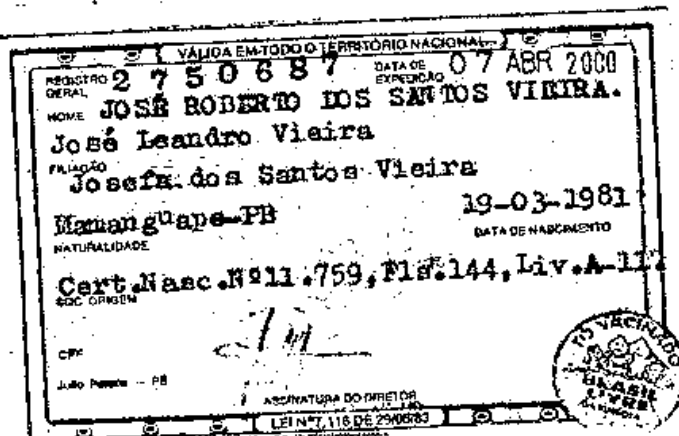
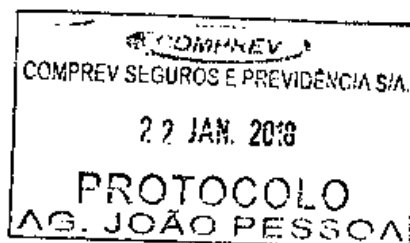


Documentos de identificação





Documentos de identificação



Documentos de identificação



CONSELHO NACIONAL 05701485	
  	
ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ RENTIDADE DE ADVOGADO	
12578 JOSE EDUARDO DA SILVA JOSELA GERVASIO DA SILVA JOAO PESSOA-FE 1.654.582-88/PPS 15/04/2015	22 JAN. 2015 PROTOCOLO AO JOAO PESSOA

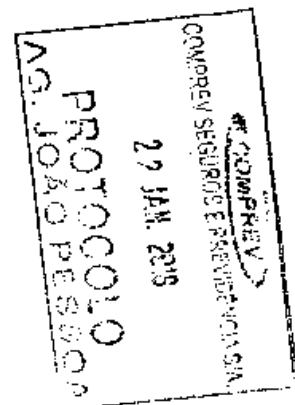
COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.
 22 JAN. 2015
 PROTOCOLO
 AO JOAO PESSOA



Documentos de identificação



CONSELHO NACIONAL 05701485	
  	
ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ RENTIDADE DE ADVOGADO	
12578 JOSE EDUARDO DA SILVA JOSEFA GERVASIO DA SILVA JOAO PESSOA-FE 1.654.582-88/PB 15/04/2015	22 JAN. 2015 PROTOCOLO AO JOAO PESSOA







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.)











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.)







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**

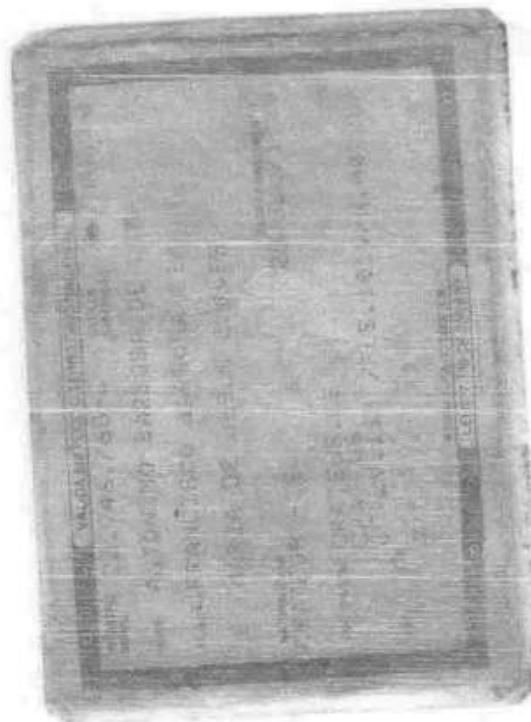
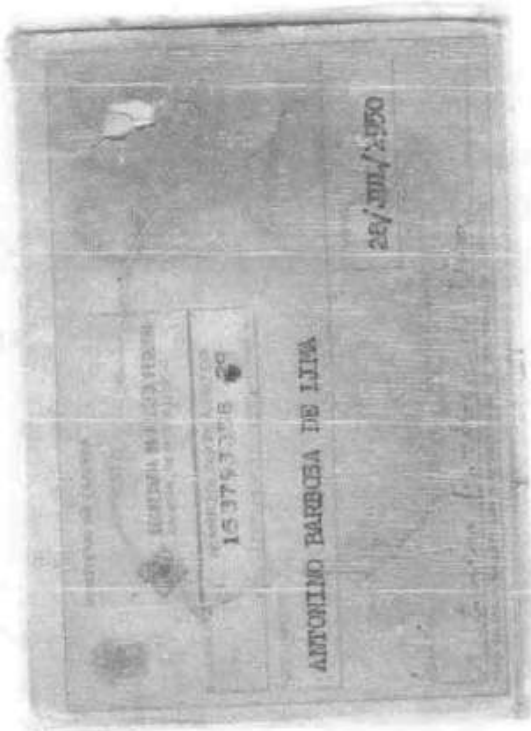
Comprovante emitido às: **11:40:05** do dia **08/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2B75.52FD.D669.B2AA**



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

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







OUT



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, QU 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

2013-03-08/2017

VIA JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

RENAVAL

MARCA / MODELO

Nº CHASSI

DEV1667/PB

00337663483 PREMIO HONDA/NXR150 BRQS KS

ANOS (RS) 2011 9

DEMATRI (RS) 9C2KD0560BR102637

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO

SEGURO

DATA DE QUITAÇÃO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 05.243.886/0001-04
13684-0903232-20170803

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221397380
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 00337663483 3 00/00000000 2017

NOME JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA

CPF/CNPJ 05317108403

PLACA DEV1667/PB

REG ANO / UP PB 9C2KD0560BR102637

PAS / MOTOCICLE / NAO APLI COMBUSTIVEL

HONDA/NXR150 BRQS KS

ANO FAB 2011

ANO MOD

CZ 187149 / CI 5A84094

COB. PREC. DOMINANTE

COTA ÚNICA 0076870000

PARCELAMENTO / COTAS

PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMIN

OBSERVAÇÕES

CURRAL 140

03/08/2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013869581882

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO: 2017

VIA: 01 00730233243 00000000000

ANTONIO BARBOSA DE LIMA

CRATEUS

PLACA: 153/9335829

PLACA ANT/UF: 9C23JC2500XR176755

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANO FAB: 1999

ANO MOD: 1999

COR PREDOMINANTE: AZUL

CATEGORIA: PARTIC

VEIC. COTA ÚNICA: 1º ISENT**

PARCELAMENTO / COTAS: 2º NAO**

3º NAO**

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,7

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15

CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,35

VALOR DO BILHETE (R\$): 185,5

DATA DE OUTRGAO: 14/12/2017

DATA DE EMISSAO: 15/12/2017

CHPJ 09.348.658/0001-04

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: 3JC75E-X176755

00570

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

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

EXERCÍCIO: 2017

DATA EMISSAO: 15/12/2017

PLACA: HXB7160

RENAVAM: 00730233243

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB: 1999

ANO MOD: 1999

COR PREDOMINANTE: AZUL

CATEGORIA: PARTIC

VEIC. COTA ÚNICA: 1º ISENT**

PARCELAMENTO / COTAS: 2º NAO**

3º NAO**

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,7

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15

CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,35

VALOR DO BILHETE (R\$): 185,5

DATA DE OUTRGAO: 14/12/2017

DATA DE EMISSAO: 15/12/2017

CHPJ 09.348.658/0001-04

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: 3JC75E-X176755

00570

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

Superintendente

DETRAN-CE

15/12/2017

CRATEUS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013869581882

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PFT 01 00730233243 00000000000 2017

VIA CDS RENAVAM INTRAC EXERCÍCIO

ANTONIO BARBOSA DE LIMA

CRATEUS

PLACA ANT/UF

153/9335829

PLACA

HXB7160/CE

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

PAS/MOTOCICLO/ANAD APL IC

HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB 1999

ANO MOD 1999

COR PREDOMINANTE

AZUL

CATEGORIA

PARTIC

VENG COTA UNICA

1º 15200000

2º 15200000

3º 15200000

PREMIO TARIFARIO (R\$)

0,7

DATA DE PAGAMENTO

15/12/2017

CRATEUS

LOCAL

15/12/2017

Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 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

PLACA

HXB7160

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 TITAN

Nº CHASSI

902302500XR176755

PRÊMIO TARIFÁRIO

0,7

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,35

COTA UNICA

185,5

DATA DE OUTRGAO

14/12/2017

PARCELADO

DATA DE OUTRGAO

14/12/2017

CRATEUS

LOCAL

15/12/2017

Superintendente

DETRAN-CE

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.348.658/0001-04

MOTOR 13C75E-X176755

00570



DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - 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 2017 DATA EMISSÃO 15/12/2017

PLACA HXB7160

CPF CNPJ 15379335829

RENAVAM 00250235243

VEICULO 1999

CHASSI 9023JC2500XR176755

PREMIO TARIFARIO

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013869581882

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PLACA 01 00750235243

EXERCÍCIO 2017

ANTONIO BARBOSA DE LIMA

CRATEUS

15379335829

HXB7160/CE

9023JC2500XR176755

PAS/MOTOCICLO 07/11/2017

HONDA/CB 125 TITAN

2P/OCV/124CE

11SENTO**

2NAD**

3NAD**

PREMIO TARIFARIO (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CE ATIVAR (R\$) 9,03

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 PERÍCIA 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 PERÍCIA 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 VIEIRA **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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, 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 VIEIRA **Data do acidente:** 19/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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, 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

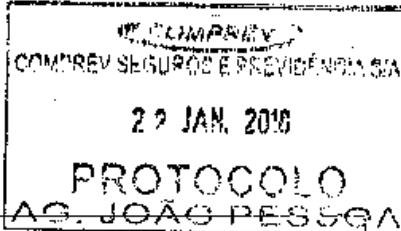
Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jose Roberto da Santa Vieira,
brasileiro(a), estado civil União Estável profissão
servente, CI RG nº 2450684 SSP/PB,
CPF/MF nº 053.141.084-03, residente e domiciliado(a) à Rua
João Verguina, 3510-01, 404 - centro
Cidade de Cumal 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
João Ribeiro da Silva
Oficial de Registro
Cumal de Lima - PB

Em 15 de Maio de 2017
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:23:51
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712235120300000033643783
Número do documento: 20100712235120300000033643783

Cumal de Lima, 15 de Maio de 2017.

Jose Roberto da Santa Vieira

OUTORGANTE

Selo Digital nº BF827303-818 H
Consulte autenticidade em:
[HTTPS://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio Carlos de Lima
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casado
Profissão: agricultor
Identidade: 25.946.768-6 CPF: 153.793.358-29
Endereço: Rua Lunal Velha 511 Bairro: zona rural
Cidade: Craturo CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Karine Vieira Gomes
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 2003003007479 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 Carlos de Lima.

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

x Antonio Carlos de Lima
Assinatura do Outorgante.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio Carlos de Lima
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casado
Profissão: agricultor
Identidade: 25.946.768-6 CPF: 153.793.358-29
Endereço: Rua Lunal Velha 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: 2003003007479 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 Carlos de Lima.

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

x Antonio Carlos de Lima
Assinatura do Outorgante.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio Barbosa de Lima
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 35.946.768-6 CPF: 153.793.358-29
Endereço: Rio Limal Velho S/N Bairro: Zona rural
Cidade: Patins CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Karine Vieira Gomes
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Advogada
Identidade: 800.300.300.7479 CPF: 030.341.693-90
Endereço: Av. Sargento Bernheim 143 Bairro: Patins
Cidade: Patins 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: Patins 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)



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KARINE VIEIRA GOMES

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONINO BARBOSA DE LIMA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KARINE VIEIRA GOMES

ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08258597520188152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ROBERTO DOS SANTOS VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

