
Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190591571

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190591571 Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do Acidente: 28/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190591571 Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do Acidente: 28/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190591571

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: NEIVY ARCENO LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000027994-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 030.477.573-80 4 - Nome completo da vítima: Neivy Arcene Lima

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

5 - Nome completo: Neivy Arcene Lima 6 - CPF: 030.477.573-80
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua da Lagoa das Pedras 9 - Número: 510 10 - Complemento: Rosa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63420-000
15 - E-mail: karneruina1607@uphoo.com 16 - Tel. DDD: (88) 17 - Telefone: 99497 9386

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0747 CONTA: 27994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Crato - CE 03.10.2019

Neivy Arcene Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190/591571

3 - CPF da vítima:

030 477 573-80

4 - Nome completo da vítima:

Neivy Arcene Lima

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

5 - Nome completo:

Neivy Arcene Lima

7 - Profissão:

Expositora

8 - Endereço:

R. Klappa do Pedras

11 - Bairro:

Barro Vermelho

12 - Cidade:

Barcelos

6 - CPF:

030 477 573-80

9 - Número:

319

10 - Complemento:

Lapa

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63730-000

15 - Tel (DDD):

(85) 99199 9386

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a denegação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Barcelos - CE 23.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3249 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/10/2019 11:42:46**
Data / Hora da Ocorrência: **28/03/2019 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR LOCALIDADE DE LAGOA DO JUAZEIRO, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **LAGOA DAS PEDRAS DO BRAZ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NEIVY ARCENO LIMA**
Nascimento: **28/05/1986** CPF: **030.477.573-80**
RG: **2002099060660** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ARCENO LIMA**
ANTONIO PENHA LIMA
Endereço: **VILA LOCALIDADE DE LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ**
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99922-2370**

Noticiante(s)

Nome: **ACLECIANO BRAZ DE SOUSA**
Nascimento: **25/07/1982** CPF:
RG: **2006014152959** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **CREUZA BRAZ DE SOUSA**
ANTONIO FRANCISCO BRAZ
Endereço: **VILA LOGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99922-2370**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXR6257** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC08507R010487 Renavam: **896922901** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRATA Proprietário: **ANTONIO FRANCISCO BRAZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a declarante que pilotava a MOTOCICLETA de Placa: HXR6257 HONDA/CG 150 TITAN ES, na estrada carroçável da localidade de LAGOA DAS PADRAS DOS BRAZ, a uma velocidade de 50km/h, levando como passageiro sua companheira de nome: NEIVY ARCENO LIMA; QUE desequilibrou a motocicleta ao passar em um buraco e perdeu o controle, vindo a cair ao solo com a passageira; QUE ergueram-se e seguiram caminho; QUE trouxe a passageira e vítima até o HOSPITAL SÃO LUCAS, situado nesta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE a vítima

Delegado de Polícia Civil
Escritório de Polícia Civil
Mau: 301186-2-6
conferido com o relatório de 09/02/19
Assinado

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2019698979

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3249 / 2019**

apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 037131, relatando: "PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA ESCORIAÇÕES GENERALIZADA, ALGIA EM MSE COM DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO"; QUE apresenta como testemunha não ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: ELISANDRA BATISTA DO NASCIMENTO, RG: 2002099054482 E CPF: 018.683.373-32, relatando não ser testemunha ocular, afirmando ter visto a vítima em sua residência com as lesões supracitadas após receber atendimento HOSPITALAR.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Reney Anceno Lima***VISTO DO DELEGADO(A) :****RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944***Aleciiano Braz de Sousa**Elisandra Batista do Nascimento*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 030.477.573-80 4 - Nome completo da vítima: Neivy Arcene Lima

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

5 - Nome completo: Neivy Arcene Lima 6 - CPF: 030.477.573-80
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua da Lagoa das Pedras 9 - Número: 510 10 - Complemento: Rosa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63420-000
15 - E-mail: karneruina1607@uphoo.com 16 - Tel. DDD: (88) 17 - Telefone: 99497 9386

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0747 CONTA: 27994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Crato - CE 03.10.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Neivy Arcene Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEIVY ARCENO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000027994-3

Nr. da Autenticação F300B3FA97B5F68E

Nº do Cliente:

9350307

Instituída pela Lei nº 10.438
de 26 de maio de 2002

enei

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Inácio, 100

CEP 60730-000 | Fortaleza - CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.846-7

Para agiliz. seu atendimento, utilize a máquina
sempre que atender em pontos bancários.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 015971465

Referência 08/2019

Rota C1634R01 - 196760

Nome NEIVY ARCELO LIMA

Endereço PV LAGOA DAS PEDRAS, QD 000, DT LAGOA DAS PEDRAS,

63720-000, CRATEUS

Classificação Residencial Rural

Modalidade Tarifa B2 RURAL

Ligação Monofase 1CV

Emissão 16/09/2019

Medidor 5377173-ELE-020

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 20/07/2019 Atual 08/08/2019 Próxima prevista 15/08/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl (kWh)	Consumo Excl (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	4,500	4,300	1,00	11	00	11	0,4345	4,76

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - 11M PMB PREF MUNIC
CONSUMO
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA

0,4345 9,08
43,28
0,53
3,36

 **MEGATON**
05023888-4
GX. WEYDER

Tributo:	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	8,00	0,00	0,00
PIS	52,15	1,35	0,71
COFINS	52,15	6,16	3,22

VENCIMENTO 25/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 61,25

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 010.477.573-80

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emissão kg CO₂ Compensação kg CO₂ Cotação de Emissão (R\$/kg CO₂) 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 23/07 - 31/07 Vermelha:
01/08 - 21/08
O vencimento de sua conta foi regularizado e não será
possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas
tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma
condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas
lojas de atendimento.



2º Via

Nº de Inscrição:

0027600289

DADOS DO CLIENTE

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

End. Leitura: AV SGT HERMINIO, 1723, A, CENTRO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 009

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F001897	802	802	0	0

DATAS

Leitura Atual: 11/07/2019

Emissão: 02/09/2019

Lacre Água: 6503380

Leitura Anterior: 11/06/2019

Próxima Leitura: 10/08/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	049	008	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

Constatamos débito de R\$ 187,22. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1/1	1,82	JAN/2019	0	0
PARCELAMENTO DE DÉBITOS	5/5	91,37	FEV/2019	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	1,67	MAR/2019	0	0
			ABR/2019	0	0
			MAI/2019	0	0
			JUN/2019	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,91
COFINS	4,53

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	94,86
VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	94,86

MÊS/ANO

07/2019

VENCIMENTO

05/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,86

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027600289

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2019

Local: 029

Setor: 9

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 05/08/2019

Total (R\$): 94,86

82630000000-5 94860009600-2 02760028901-4 02012331065-6



EMIÇÃO: GESSE 02/09/2019 02:30:11

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 030.341.693 / 96,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nevelly Lucena Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030.477.573 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima
Nevelly Lucena Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.477.573 / 80, 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		Número	Complemento
<u>Av. Sargento Bermínio</u>		<u>1723</u>	<u>Quilto</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Bratuis</u>	<u>CE</u>	<u>63700-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>Karine.Vieira.1676@uphoo.com</u>			<u>(88) 99497.9386</u>

Bratuis - CE 03 de Outubro de 2019
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTONIO FRANCISCO BRAZ

RG nº 2019079798-8, data de expedição 14/05/2019

Órgão SSP, portador do CPF nº 233840853-53

com domicílio na cidade de CRATEUS, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

NEIVY ARCELO LIMA, cujo o condutor era

Alecianno Braz de Sousa

Veículo: MOTO Modelo: HONDA-CB-250-TITAN-ES Ano: _____

Placa: HXR-6257 Chassi: 9C2KC08507R010487

Data do Acidente: 28/03/2019

Local e Data: Botim CE 09.09.2019

ANT-FR Antonio Francisco Braz

Assinatura do Declarante



ACLE Alecianno Braz de Sousa

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



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade

Dom. AL CRATEUS-CE

09 SET. 2019

Em Teste de Verdade.

- ☐ Bete Silvana Barreto Cavalcante
- ☐ Junior Raimundo Ferreira
- ☐ Soraya Barreto Cavalcante

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

Neste Documento
Foi aplicado o Selo tipo 03, Cartório,
Autenticação da TJC, na Portaria
JP-1.284/MS-9, publicada no Diário da
Justiça em 29.07/2019



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Pontuação 037131 Atendimento 0020 Nome do Paciente NEIVY ARCENO LIMA

CNS 898004544773476

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 2002099050660

Estado Civil Outro

Sexo Feminino

Data de Nascimento 28/05/1986 Local CRATEUS/CE

Idade 32 Ano(s)

Pai ANTONIO PENHA LIMA

Mãe MARIA ARCENO LIMA

Endereço CAMPO LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ, SN

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 99626667

Profissão AGRICULTORA

Empresa

Cônjuge ARCELCIANO BRAZ DE SOUSA

Responsável ARCELCIANO BRAZ DE SOUSA

CPF do Responsável

Endereço CAMPO LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ, SN

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/03/2019 Hora 17:38 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIA NETO

CRM/UF 3289/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação

Sala Data/Hora Liberação 28/03/2019 20:06

Tipo de Sala Alta

Sinais Vitais

Peso (kg) 96.000 Altura (cm) 163 T (°C) 36,3 P (bpm) 75 R (rpm) 20 PA (mmHg) 112 X 75 Oximetria (%) 98 Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 28/03/2019 17:09

Responsável pela Classificação: ALINE SOARES ROSA

Relatório:

Paciente refere acidente de moto, apresenta escoriações generalizada, algia em MSE com dificuldade ao movimentação.

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

28/03/2019 20:06:45h Responsável: ANTONIO PIERRE AGUIA NETO CRM-CE 3289

DOR NO OMBRO ESQUERDO

TRAUMA

RX DO OMBRO E EM AP

CONTUSÃO DO OMBRO E

LESÃO DO MANGUITO OTADOR?

SOLICITADO TC DO OMBRO E E US

Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 3289

ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM: 3289

Assinatura Paciente/Responsável

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima

Nome Completo: NEIVY ARCELO LIMA

CPF e/ou RG: 030.499.573-80

Informações do Acidente

Data do acidente: 28/03/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) acometida(s):

TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. (MANGUITO ROTA-
DOR).

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA POR
45 DIAS.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LIMITAÇÃO DA A.D.M.
POR TENDINITE EM CADEIA LONGA DO BÍCEPS ESO.
E PRECIPITAÇÃO ARTICULAR EM ROTAÇÃO EXTERNA.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: OMBRO ESQUERDO

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (x) 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19450

14.10.19. CRATEÚS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

+ Neivy Arceles Lima.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.477.573-80**

Nome: **NEIVY ARCENO LIMA**

Data de Nascimento: **28/05/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/10/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:40:00** do dia **03/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FD80.9285.E27F.D843**



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

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

AL. 04.418.700-0 INSTITUTO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 8/7/2002

2002099060660

NEIVY ARCENO LIMA

ANTONIO PENHA LIMA E MARIA ARCE

NO LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 28/5/1986

CERT. NASC. 6975 LA 7 F

123 V MONTE NEBO-CRATEUS-CE

GRATEUS-CE

NATURALIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DETERMINAÇÃO DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE GENTIL NOME

Neivy Arcene Lima




(99) 994019386

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

030.477.573-80

NEIVY ARCENO LIMA

28/05/1986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito




Karine Vieira Gomes

ESTADO DO CEARÁ

CARTERINA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2003003007478

DATA DE EMISSÃO
14/11/2018

NOME
KARINE VIEIRA GOMES

FUNÇÃO
EVALDO GOMES VIEIRA

MARIA QUIÉRTIA VIEIRA GOMES

NACIONALIDADE
CRATEÚS - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1992

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

3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/03

P: 4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE
Nº 014328121991
CERTIFICADO DE REGISTRO E CENSIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2018
VIA 01 896922903
ANTIC 0000000000

ANTONIO FRANCISCO BRAS
CRATEUS DE

23384085353
PLACA HXR6257

902KC08507R010487
CHASSI

2006 2007
ANO FAB / ANO MOD

2P/DCV/149CC
CATEGORIA PARTIC

1º 2º 3º
VEIC/COTAS

180.65
PRÊMIO TOTAL ÚNICA

07/01/2019
DATA DE PAGAMENTO

CRATEUS

11/01/2019
DATA

CE Nº 014328121991 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018
HXR6257

23384085353
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

014328121991 41812572E17

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/01/2019

VIA 01 23384085353
CFOP/IMP PLACA HXR6257

896922901
RENAVAM MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

2006 09 902KC08507R010487
ANO FAB / CF. USF Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81.29
TAXA (R\$) 6.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

4.15
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.70
Nº (R\$) 185.50
TAXA A SER PAGO SOBRE O PI

2006 09 902KC08507R010487
ANO FAB / CF. USF Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81.29
TAXA (R\$) 6.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

4.15
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.70
Nº (R\$) 185.50
TAXA A SER PAGO SOBRE O PI

2006 09 902KC08507R010487
ANO FAB / CF. USF Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81.29
TAXA (R\$) 6.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

4.15
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.70
Nº (R\$) 185.50
TAXA A SER PAGO SOBRE O PI

PROPRIETÁRIO
LOTE/DESEMPENHADOR LIDER S DPVAT
MOTOR: NC08507R010487 498.408.0001-04

181-2018

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190591571

Nome do(a) Examinado(a): NEIVY ARCENO LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): PV LAGOA DAS PEDRAS, 0, ZONA RURAL DT LAGOA DAS PEDRAS, 63.700-001, Centro, Crateús/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 2002099060660

Data e local do acidente: 28/03/2019 - Crateús/CE

Data e local do exame: 04/11/2019 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso e conservador para a contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do pericárdio.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, devido à redução da mobilidade e força.

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 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"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Ombro Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190591571

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do acidente: 28/03/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/03/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e conservador para a contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190591571

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do acidente: 28/03/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/03/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e conservador para a contusão em região deltoideana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190591571 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEIVY ARCEÑO LIMA **Data do acidente:** 28/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.
ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: NEIVY ARCENO LIMA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AGRICULTORA

Identidade: 2002099060660

CPF: 030.477.573-80

Endereço: PV LAGOA DAS PEDRAS Nº S/N Bairro: ZONA RURAL.

Cidade: CRATEÚS-CE

CEP: 63.720-000

OUTORGADO: (Dados da Procuradora)

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Profissão: AUTÔNOMA

Identidade: 2003003007478

CPF: 030.341.693-96

Endereço: AV. SARGENTO HERMINIO Nº 1723

Bairro: CENTRO


Cidade: CRATEÚS-CE

CEP: 63700-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do **Sinistro de natureza invalidez** que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr (a) **NEIVY ARCENO LIMA** ocorrido em **28/03/2019** conforme registrado pelo B.O anexo ao processo,

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Credito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assina todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Local: Cratús UF: CE, Data: 02 de Outubro de 2019.

 Neivy Arceno Lima.

Assinatura do Outorgante.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363847/19

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

CPF: 030.477.573-80

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NEIVY ARCENO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

NEIVY ARCENO LIMA : 030.477.573-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

KARINE VIEIRA GOMES

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363847/19

Número do Sinistro: 3190591571

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

CPF: 030.477.573-80

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NEIVY ARCENO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

NEIVY ARCENO LIMA : 030.477.573-80

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa