
Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190194717

Vítima: LAZARO PEREIRA BONFIM

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAZARO PEREIRA BONFIM

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, 20 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190194717**

Vítima: LAZARO PEREIRA BONFIM

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LAZARO PEREIRA BONFIM

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Moisés Pereira Bonfim

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

Nome completo: Moisés Pereira Bonfim CPF: _____
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Enoque Mourão Número: 310 Complemento: lma
Bairro: Cidade Nova Cidade: Barra Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: moises-pereira@hotmail.com Tel. (DDD): (85) 99119793

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0747 CONTA: 56127 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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: Barra - CE 28.02.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Moisés Pereira Bonfim
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

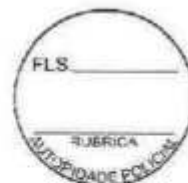
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | 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.



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



Impresso nº 2019139583

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 758 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/02/2019 08:22:20**
Data / Hora da Ocorrência: **08/12/2018 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FREI VIDAL DA PENHA**
Complemento:
Bairro: **SAO JOSE** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **CLUBE DANADO DE BOM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LÁZARO PEREIRA BONFIM**
Nascimento: **11/04/2000** CPF: **078.451.283-33**
RG: **20151680005** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM**
FRANCISCO VALDO BONFIM
Endereço: **RUA ENOQUE MOURAO, 370**
Bairro: **CIDADE NOVA**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99314-2959**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO VALDO BONFIM**
Nascimento: **02/07/1962** CPF: **877.780.767-72**
RG: **2008786013** Orgão Emissor: **SSP/CE** UF:
Filiação: **IVONILDE BEZERRA BONFIM**
ANTONIO PEREIRA MOURA
Endereço: **RUA JOAO LINS CAVALCANTE, 121**
Bairro: **PATRIARCAS** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99994-1372**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMU2153** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KD1000HR011734 Renavam: **1115614140** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **FRANCISCO VALDO BONFIM** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS DE PLACA: PMU2153, licenciada em seu nome, levando como passageiro a pessoa de nome: LÁZARO PEREIRA BONFIM, seu filho, na Rua Frei Vidal da Penha a uma velocidade média de 60km/h quando uma mulher cruzou a via, e o declarante ao tentar evitar a colisão freou a MOTOCICLETA e perdeu o controle e caiu ao solo com o passageiro; QUE ao cair ligou para a mãe do passageiro de nome: ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM, que veio de carro e levou o passageiro para o HOSPITAL SÃO LUCAS situado nesta urbe; QUE

Francisco

Lázaro

Rosa

Depoimento de Lázaro Pereira Bonfim
ESCRITÓRIO DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 301186-2-6

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 2019139583

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 758 / 2019

não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR de número: 036183, relatando: "PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCILISTICO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE; QUE apresenta como testemunha a pessoa de nome: ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM, CPF: 987.985.703-82 E RG: 200215012759, afirmando ter prestado socorro para a VÍTIMA e PASSAGEIRO do acidente supracitado e presenciando o mesmo com escoriações e uma lesão no braço.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**

* Lázaro Pereira Bonfim

* Rozilene pinho Pereira Bonfim

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Moisés Pereira Bonfim

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

Nome completo: Moisés Pereira Bonfim CPF: _____
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Enoque Mourão Número: 310 Complemento: lma
Bairro: Cidade Nova Cidade: Batist Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: Moises-Pereira@hotmail.com Tel. (DDD): (85) 99119793

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0747 CONTA: 56127 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

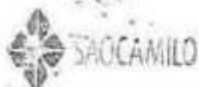
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Batist-CE 28.02.2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Moisés Pereira Bonfim
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | 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.



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 036163	Atendimento 0014	Nome do Paciente LAZARO PEREIRA BONFIM	CNS 705006243342951	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2015680005	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 11/04/2000	Local CRATEUS/CE	Idade 18 Ano(s)		
Pai FRANCISCO VALDO BONFIM	Mãe ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM			
Endereço RUA ENOQUE MOURAO, 370	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 96786897	
Responsável FRANCISCO VALDO BONFIM	CPF do Responsável	Endereço RUA ENOQUE MOURAO, 370	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 09/12/2018	Hora 18:44	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento KLENIO CLECIO LOPES MELO	CRM/UF 19079/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 09/12/2018 20:06	Tipo de Saída Alta		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36.8	72	18	115 X 70	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 09/12/2018 19:35

Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:

PCIENTE REFERINDO DOR EM PUNHO DIREITO E EM MMII APOS TRAUMA.

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

09/12/2018 20:06:09h Responsável: KLENIO CLECIO LOPES MELO CRM-CE 19079

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE

CD: VOLTAREM 75MG IM
RX DE PUNHO DIREITO

20.10 ✓
Jeferson Alves Viana
Enfermeiro
CORFAC 325.421

Dr. Klenio C. Lopes Melo
Médico
CRM-CE: 19079

KLENIO CLECIO LOPES MELO - CRM: 19079

Francisco Valdo Bonfim

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO VALDO BONFIM

Nº DO CLIENTE
2530277
Para regular seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que enviar em conteúdo eletrônico

A Tarifa Social da Energia Elétrica
está sendo paga por Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60150-440 | Fortaleza - CE
CNPJ 00.042.051/0001-79 | CEP 06.908.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE D-4 | N° 559694357

Rota 19 38000 01 105500 - 6 Data de Emissão 28/01/2019

Nome ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM

End. Postal RU ENOQUE MOURAO 90370
CIDADE NOVA - CRATEUS - 63700000

Medidor 10937745

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 06-BAIXA RENDA RESOLU7770 485 MONOFAS

RG/CPF/CNPJ 987985703-82

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Aproximação	Próxima Letura
Jan/2019	28/01/2019	25/02/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta 15/28.8 2350 35.99
DMA 100% 0.00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
131,73	27,00%	35,56

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2334.7507.4334.5724.4344.3309.4521.E557

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo kWh	Cons. Ind.	Cons. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 36434	36245	1,00	189	6,66	70	0,24217	7,31
					10	0,41518	29,27
					10	0,62727	59,80
28/01/19	27/12/18	32 DIAS		155			92,41

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	131,73
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA	-39,32
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,61
MULTA MORATORIA REF 12/2018	1,51
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,99

VENCIMENTO

04/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

122,44

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	24,32
Perdas	2,66
Distribuição	5,24
Encargos Setoriais	5,24
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	40,24
TOTAL	135,31

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

166	189	169	202	190	129	115	136	172	148	170	202	177
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensação kg (CO ₂)	Credencial Ecológica (MCO ₂)
Emitido kg (CO ₂)	73,79	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contatos em atraso. Sendo o cancelamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. 4822, 114/08, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES

Período	Valor (R\$)
12/2018	181,43
Total	181,43

Consta desta fatura R\$ 6,66 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,91% e COFINS 4,17% (L. 10.438/02, Art. 11, § 1º, III, e L. 11.607/08, Art. 1º, § 1º, III).

Bandeira verde em Jan/19, sem incidência no valor da energia e ser rateado para o consumidor. Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente:

2530277

Referência:

Jan/2019

28/01/2019

Total a Pagar (R\$):

122,44

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

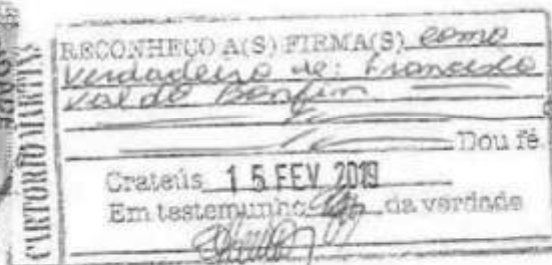
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

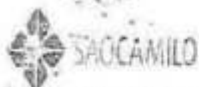
Eu, Francisco Valdo Bonfim,
RG nº 20087860133, data de expedição 01/11/16,
Órgão CNN, portador do CPF nº 877.780.767-72,
com domicílio na cidade de Cratius, no Estado de
Lima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua João Vitor Lourencos, Patrimônio, nº 121,
complemento lma, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Wagner Pereira Bonfim, cujo o condutor era
Francisco Valdo Bonfim.
Veículo: Moto Modelo: Benda 160 cc Ano: 2017
Placa: PMU 2133 Chassi: 9C2 K10 1000 8R 0117 31
Data do Acidente: 08/12/2018

Local e Data: Cratius 15/02/2019

Francisco Valdo Bonfim
Assinatura do Declarante

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





Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 036163	Atendimento 0014	Nome do Paciente LAZARO PEREIRA BONFIM	CNS 705006243342951	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2015680005	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 11/04/2000	Local CRATEUS/CE	Idade 18 Ano(s)		
Pai FRANCISCO VALDO BONFIM	Mãe ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM			
Endereço RUA ENOQUE MOURAO, 370	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 96786897	
Responsável FRANCISCO VALDO BONFIM	CPF do Responsável	Endereço RUA ENOQUE MOURAO, 370	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 09/12/2018	Hora 18:44	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento KLENIO CLECIO LOPES MELO	CRM/UF 19079/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 09/12/2018 20:06	Tipo de Saída Alta		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36.8	72	18	115 X 70	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 09/12/2018 19:35

Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:

PCIENTE REFERINDO DOR EM PUNHO DIREITO E EM MMII APOS TRAUMA.

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

09/12/2018 20:06:09h Responsável: KLENIO CLECIO LOPES MELO CRM-CE 19079

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE

CD: VOLTAREM 75MG IM
RX DE PUNHO DIREITO

20.10 ✓
Jeferson Alves Viana
Enfermeiro
CORRENTE 325.421

Dr. Klênio C. Lopes Melo
Médico
CRM-CE: 19079

KLENIO CLECIO LOPES MELO - CRM: 19079

Francisco Valdo Bonfim

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO VALDO BONFIM



Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prestatário: C36183, Atendimento: 2015, Nome do Paciente: LAZARO PEREIRA BONFIM, CNB: 705C06243342951, Guia de Autorização: 705C06243342951, Estado Civil: Solteiro(a), Sexo: Masculino, Idade: 3 Ano(s), Pai: FRANCISCO VALDO BONFIM, Mãe: ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM, Endereço: RUA ENOQUE MOURAO, 370, Cidade: CIDADE NOVA, CEP: 63700-000, Município: CRATEUS, UF: CE, Telefone: 88 96786697, Profissional: ESTUDANTE, Empresa: CRATEUS/CE, CPF de Responsável: RUA ENOQUE MOURAO, 370, Município: CRATEUS, UF: CE, Responsável: FRANCISCO VALDO BONFIM

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 10/12/2016, Hora: 09:26, Convênio: SJS, Matricula: 6945/CE, CID: 6945/CE, Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO, Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA, Funcionário: ANTONIA VIERA DA SILVA, Indicador de Acidente: 0

Observação

Sinais Vitais: Peso (kg): 57,000, Altura (cm): 160, T (°C): 36, P (bpm): 67, R (bpm): 20, PA (mmHg): 115 X 67, Oximetria (%): 98, Glicemia (mg/dL): 115, Data/Hora Liberação: 10/12/2016 12:32, Tipo de Saída: Alta

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE, Data e Hora: 10/12/2016 09:37

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de acidente de moto (sic), com dor e edema em MSD na mão, há 2 dias

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

PR OK -> 12:32

Para em limites
mei pulso em dor
e + pulso Ape
função predile para
função sensível
função reflexa

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumato Ortopedi

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

x Lazaro Pereira Bonfim
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO VALDO BONFIM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEFESA SOCIAL

PLANTIA FORTI-SE DO ESTADO DO CEARÁ

COPIA DO REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL - 2ª FOLHA

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Lazaro Pereira Bonfim

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE MAL 2015168000 - 5

DATA DE EMISSÃO 16/11/2015

NOME LAZARO PEREIRA BONFIM

FILIAÇÃO FRANCISCO VALDO BONFIM

ROZILENE PINHO PEREIRA BONFIM

NATURALIDADE CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO 11/04/2000

DOL. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 27192 FOLHA: 107

LIVRO: A-28 CRATEUS - CE

CPF

- 1 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIT Nº 7.116 DE 28/08/93

P.: 36

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 078.451.283-33

Nome LAZARO PEREIRA BONFIM

Nascimento 11/04/2000

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

(88) 99497.9386

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003003007478 DATA DE EMISSÃO 14/11/2018

NOME KARINE VIEIRA GOMES

FILIAÇÃO EVALDO GOMES VIEIRA

MARIA QUIRTERIA VIEIRA GOMES

NATURALIDADE CRATEÚS - CE

DATA DO NASCIMENTO 24/08/1992

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 22247 FOLHA: 68 LIVRO: A-22

CRATEÚS - CE

CPF 030.341.693-96

ASSINATURA DO DETENTOR

11111111 DE 2003/03

P: 4

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E REFEIÇÕES BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE	Nº 013132684286
5026-245-30	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
CRED	013-52684286
VIA	ANTIC
01	0000000000
PRINCIPAL: FRANCISCO ALMEIDA MONTEIRO	
RUA: ENOCH MONTEIRO	
CIDADE: NITERÓI	
63700000 - NITERÓI - RJ	
87778000-2	2112153
POTY NOTOS: 1212	
PLACA ANUAL	CHASSI
2017	2017
ESP. CIE. TPO	COMBUSTIVEL
PAN/MOTOCICLO/CLASS. AFILIC	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/HRK 160 BRO4	2017/2017
CAP/NOTA	CATEGORIA
25/100/162CC	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
OBSERVAÇÕES	
MOTOR: 4L10000021796	
DOCUMENTO ÚNICO PARA TRANSFERÊNCIA	
GUARDE EM LUGAR SEGURO	
DATA	DATA
15/06/2017	15/06/2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194717 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAZARO PEREIRA BONFIM **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFÓIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194717 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAZARO PEREIRA BONFIM **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFÓIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: LÁZARO PEREIRA BONFIM

Nacionalidade: BRASILEIRO **Estado Civil:** SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Identidade: 2015168000 **CPF:** 078.451.283-33

Endereço: RUA ENOQUE MOURÃO Nº 370 **Bairro:** CIDADE NOVA

Cidade: CRATEÚS-CE **CEP:** 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** SOLTEIRA

Profissão: AUTÔNOMA

Identidade: 2003003007478 **CPF:** 030.341.693-96

Endereço: AV. SARGENTO HERMINIO Nº 1723 **APTO** **Bairro:** CENTRO

Cidade: CRATEÚS-CE **CEP:** 63700-285

Por este instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr. (a) **LÁZARO PEREIRA BONFIM** ocorrido em **09/12/2018** 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/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos eu forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Local: Crato UF: CE, Data: 27 de fevereiro de 2019.

x Lázaro Pereira Bonfim

Assinatura do Outorgante.

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



CARTÓRIO MARTINS
Nelly Maria Albuquerque Medeiros
Escritora Substituta
Crato - Ceará

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084412/19

Vítima: LAZARO PEREIRA BONFIM

CPF: 078.451.283-33

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 08/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAZARO PEREIRA BONFIM

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

LAZARO PEREIRA BONFIM : 078.451.283-33

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: 12/03/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO