
Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238267

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

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





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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238267

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 51860619304 Nome completo da vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

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

Nome completo: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO CPF: 51860619304

Profissão: PESQUEIRO Endereço: AV. BEIRA MAR Número: 1051 Complemento: ACIOS

Bairro: PRAIA Cidade: ORANOCIM Estado: CE CEP: 62400-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (88) 9.9904.9064

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: 0745 CONTA: 67256 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação 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 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.

Local e Data: Oranocim 12.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Raimundo Nonato Ferreira de Araújo

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.

RECEBEMOS

28 MAR 2019

21.03.2019
F. Nobre
de Seguros Eireli
01-06

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

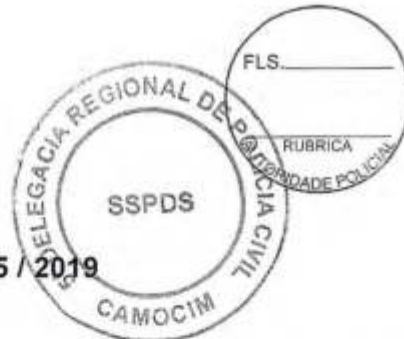
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

Impresso nº 201964935

BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 335 / 2019

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/01/2019 10:26:37**Data / Hora da Ocorrência: **21/12/2018 20:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA 24 DE MAIO**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **CAMOCIM/CE**Ponto de Referência: **FARMACIA ANANIAS****Dados da(s) Vítima(s)****RECEBEMOS**Nome: **RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ABREU**Nascimento: **30/04/1965** CPF: **518.606.193-04**RG: **2005023009120**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **EXPEDITA SALOMÃO DE ARAÚJO****EDIMILSON FERREIRA DE ARAÚJO**Endereço: **AVENIDA BEIRA MAR, 1051**Bairro: **PRAIA**Município: **CAMOCIM/CE**País: **BRASIL**28 MAR 2019
UF: **CE**Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-06

CEP:

Telefone: **(88) 8869-3002****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **POS1128** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:**9C2KD0810JR055728** Renavam: **1174482424** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** AnoFabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **AZUL** Proprietário: **ANTONIA JUNIELE CARVALHO LIMA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAÚJO, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, DE COR AZUL, DE PLACA POS1128, REGISTRADA EM NOME DE ANTÔNIA JUNIELE CARVALHO LIMA, QUANDO PERDEU O EQUILÍBRIO DE SUA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO À UPA, ONDE DEU ENTRADA COM UMA FRATURA NO ANTEBRAÇO DIREITO E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. SALIENTA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS. AFIRMA O DECLARANTE QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHA ROSÂNIA BARROS DA SILVA RG 110771386 E CPF 44421648353.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1**

+ Raimundo Nonato Ferreira de Araujo



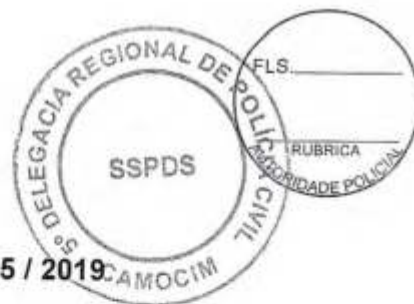
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

Impresso nº 201964935



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 335 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Prismando Nogueira Ferraz de Araujo

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

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: 51860619304 Nome completo da vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

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

Nome completo: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO CPF: 51860619304

Profissão: PESCADOR Endereço: AV. BEIRA MAR Número: 1051 Complemento: ACTOS

Bairro: PRAIA Cidade: CAMPICIM Estado: CE CEP: 62400-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 9.99049064

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: 0745 CONTA: 67256 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação 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.

RECEBEMOS

28 MAR 2019

CPF: 21.457.7-06

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.

Local e Data: Campicim 12.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Raimundo Nonato Ferreira de Araújo

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.



1900106709 AMARELO 21/12/2018 20:49:46
Paciente RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO Data Nascimento 30/04/1965
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor PARDAS Contatos
Mãe EXPEDITA SALOMÃO DA SILVA Pai NI
Endereço AVENIDA - BEIRA MAR - 051 - PRAIA - CAMOCIM - CE
Plano de saúde SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Queixa Principal CLIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE DOR EM MSD, APRESENTA LEVA ESCORIAÇÕES NA FACE.
Registrado por: ELIVANDIR Anamnese de Enfermagem NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA DM E HAS PET ENCONTRA- SE ALCOOLIZADO
Impresso por: LUCIA.HELENA Temperatura N/A Peso N/A Pressão Arterial N/A
Profissional da chamada: MIKAELE CARVALHO

Consulta

Anamnese Médica

PACIENTE

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Exames Complementares

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: _____
Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

X. _____

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Anamnese Médica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ADMITIDO NA URGÊNCIA APRESENTANDO SINAIS DE EMBRIAGUEZ REFERINDO DOR EM MSD

Exame Físico

AO EXAME PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ TRAZIDO A UNIDADE SEM COLAR CERVICAL, REFERE USO DE CAPACETE. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, PUPILA FOTORREAGENTES, COM ESCORIAÇÕES NO CORPO E NA FACE, NÃO VISUALIZO HEMATOMA EM REGIÃO CRANIANA. DURANTE AVALIAÇÃO APRESENTA DOR, EDEMA E CREPITAÇÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA

Exames Complementares

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: _____
Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Correio de Seguros Eres
CNPJ.21.457.729/0001-96

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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 000000067256-7

Nr. da Autenticação AF606702D4BAC117

Nº DO CLIENTE
1400984

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.428 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 03047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 553273197

Rota 07 33000 03 290500 - 0 Data de Emissão 12/12/2018

Nome ROSANIA BARRIOS DA SILVA

End. Postal AV BEIRA MAR ALTOS 1051
CAMOCIM - CAMOCIM - 62400000

Medidor 23860624 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 444216483-53 CGF

Nome do Responsável

DATAS

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Dez/2018 | 12/12/2018 | 10/01/2019 |

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda completa desta conta.

Conjunto Out/2018 ELSD 19,30

Mês DICR1 = 0,00 P

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| 116,17 | 27,00% | 31,36 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
DA10.7020.5841.E800.5ESC.A060.0150.84B9

| Pedrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| 5,31 | 10,62 | 21,25 | 0,37 | 0,00 | 0,00 |
| DIC | 3,30 | 6,60 | 13,20 | 1,00 | 0,00 |
| FIC | 0,03 | | 0,37 | | |
| DMIC | | | | | |

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| 13635 | 13461 | 1,00 | 174 | 0,00 | 70 | 0,23387 | 9,01 |
| | | | | | 74 | 0,00550 | 20,04 |
| | | | | | | 0,60507 | 44,48 |
| 12/12/18 | 10/11/18 | | 32 DIAS | | 174 | | 79,51 |

DESCRIÇÃO

| VALOR CONSUMO DO MES | VALOR (R\$) |
|---|-------------|
| ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 | 9,90 |
| MULTA MORATORIA REF 09/2018 | 1,42 |
| JUROS DO MES | 0,27 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 0,43 |

VENCIMENTO 10/01/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 91,53

| COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO | HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses) |
|--|---|
| Energia 31,24 | 166 174 171 139 148 143 139 171 171 215 180 166 176 |
| Transmissão 17,50 | |
| Distribuição 4,77 | |
| Encargos Setoriais 32,70 | |
| Tributos (ICMS, PIS, COFINS) ... 89,84 | |
| TOTAL 89,84 | |

RED Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Ma | Abr Mar Fev Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 87,93 Compensado 0,00 Coficiência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,34 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,44% e COFINS:0,72% (Art. 9º Lei. 108-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.633/03)

Bandeira verde em dez-18, sem acréscimo no valor da energia e ser repassado para o consumidor. (Informações: www.aneel.gov.br)

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Enel
CNPJ:21.457.738/0001-06

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigo Almeida Lopes Loureiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 310504233 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Renato Ferreira de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 518606193 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Acidental da Vítima Raimundo Renato Ferreira de Menezes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 518606193 / 04, 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>R. In. João Storti</u> | Número: <u>1120</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Centro</u> | Cidade: <u>Lameira</u> | Estado: <u>CE</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>62400-000</u> | Tel.(DDD): <u>(88) 9.99049064</u> |

Local e Data: Lameira 12.02.19

Rodrigo Almeida Lopes Loureiro
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

20 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

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, Antônia Juniele Lavalho Lima
RG nº 20072772586, data de expedição 02/04/09
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 05863028327
com domicílio na cidade de Camocim, no Estado de Ceará
Rua Igatu, nº 157
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Raimundo Norato Ferreira de Azevedo, cujo o condutor era
Raimundo Norato Ferreira de Azevedo.
Veículo: Motociclo Modelo: HONDA NXR 160 PROS Ano: 2018
Placa: P05 1128 Chassi: 9C2KD0810JR055728
Data do Acidente: 21/12/18

Local e Data:

Camocim 28.01.19

Antônia Juniele Lavalho Lima
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Correitora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.467.738/0001-06





RECEBEMOS

20 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.739/0001-06



Número
310.501.233-87

Nome
LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Nascimento
02/07/1964

CÓDIGO DE CONTROLE
B900.C760.F8D4.49F4



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:39:27 do dia 23/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2016203332 - 2

26/07/2016

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

JOSÉ OSMAR LOPES

MARIA BALISMAN MACEDO LOPES

CANOCIN - CE

02/07/1964

RG: ANT: 95750685 P.: 79

1 VIA

ACT. 94. 101 101

15117 / 116 12 1001 02

2016203332 - 2

26/07/2016

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

JOSÉ OSMAR LOPES

MARIA BALISMAN MACEDO LOPES

CANOCIN - CE

02/07/1964

RG: ANT: 95750685 P.: 79

1 VIA

ACT. 94. 101 101

15117 / 116 12 1001 02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROVEDOR PARTICIPAR

Carteira de Identificação

Foto

Polegar Direito

Assinatura

Assinatura: Liduina Macêdo Lopes Lucio

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erel
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Maria Gecineide F. Nobre
Correio da Seguros Eirela
CNPJ 21.227.730/0001-12

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS DO NÚMERO SEGURO DPVAT

CE Nº 014058556958 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018 POS1128

05863028327

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

014058556958 31965459362

| | | | |
|-----------------------|--|--------------------------------|----------------------------|
| VIA 01 | CPF / CNPJ 05863028327 | EXERCÍCIO 2018 | DATA EMISSÃO 12/12/2018 |
| RENAVAM 1174482424 | MARCA / MODELO HONDA/NIRX 160 3ROS ESQD | PLACA POS1128 | |
| ANO FAB. 2018 | CAT. TAREF. 09 | Nº CHASSI 9CZKDDG10JRO86728 | |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| FNS (R\$) | DENATRA (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IQP (R\$) | TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO 09/09/2000 |

SEGURADORA LIDER

LOTE/DOR: KDO8E10001942

MAR-2018

PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-Ce

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Raimundo Norato Ferreira de Araújo

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado

RG: 2005023009120 SSP/ CE e CPF: 51860619304

Residente na Rua: Av. Beneditina 1005 de nº 1051

Bairro: Marica Cidade: Camocim Estado: Ceará

CEP: 62400-000 Profissão: Pescador

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados, ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim - Ce, 28 de janeiro de 2019



Raimundo Norato Ferreira de Araújo

RECEBEMOS

20 MAR 2019

Maria Gacineide F. Nogueira
Corretora de Seguros E
CNPJ: 21.457.738/0001-22



DECLARAÇÃO

Eu RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO RG 2005023009120

CPF 51860619304 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 21/12/18 fui socorrido por _____

E levado ao hospital 30 MUNICIPIO

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

“ Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado”

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

“Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.”

Local: Camain 12.02.19 UF _____ Data ____/____/____

Declarante: Raimundo Nonato Ferreira de Araujo

RECEBEMOS
28 MAR 2019
Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.467.735/0001-05



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL POLICIA CIVIL
CAMOCIM - CEARÁ

CERTIDÃO

JOSÉ LUIS DE MATOS PEDROSA, Escrivão de Polícia civil, matrícula nº 197.409-1-9, com exercício funcional nesta Delegacia Regional de Polícia de Camocim-CE, no uso de suas atribuições legais...

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada e para os devidos efeitos e fins legais, que esta 5ª. Delegacia Regional de Polícia Civil, sediada na cidade de Camocim-CE, circunscrição que compreendem os municípios de CHAVAL, BARROQUINHA, CAMOCIM, GRANJA, MARTINÓPOLE, URUOCA e SENADOR SÁ, não dispõe de Instituto Médico Legal-IML, ficando os EXAMES DE CORPO DE DELITOS a cargo do IML de Sobral-Ce. Também CERTIFICA que nesta circunscrição policial não há SAMU, CORPO DE BOMBEIROS e "ANJOS DO ASFALTO". Dou fé.

Cartório da 5ª Delegacia Regional de Polícia Civil em Camocim-CE, quinta-feira, 26 de fevereiro de 2015.


JOSE LUIS DE MATOS PEDROSA
ESCRIVÃO DE POLICIA
MAT.: 197.409-1-9

Benedito Nilton Fereira do Anjo
INTERESSADO

RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corredora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238267

Cidade: Camocim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Data do acidente: 21/12/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento do dia 21/12/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos fisioterápico e cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos. Considerando a evolução clínica da lesão decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração do mecanismo radio-ulnar e redução da amplitude de movimentos. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente no punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau intenso, em razão da alteração do mecanismo radioulnar redução da amplitude de movimentos.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

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 punhos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238267 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 8.
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.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238267 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 8.
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.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Raimundo Nenato Ferreira de Azevedo, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: Pescador, portador (a) do RG 2005023089120, órgão expedidor: SSB CE
e do CPF: 51860619304, residente no (a): Av. Bena Men
nº 1051, bairro: Pracinha, município: Camocim CE

OUTORGADO:

Nome: Andréia Claudio Lopes Loureiro, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: professora, portador (a) do RG 20162039322, órgão expedidor: SSPCE
e do CPF: 31050123388, residente no (a): R. Dr. João Thomé
nº 1120, bairro: Centro, município: Camocim CE

PODERES: 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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima _____

Raimundo Nenato Ferreira de Azevedo

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do **Beneficiário ou Representante Legal**, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.



Raimundo Nenato Ferreira de Azevedo
Assinatura do outorgante

Autenticidade

Local e data, Camocim 28.01.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



RECEBEMOS

28 MAR 2019

Maria Gedeide F. Nobre
Corretora de Seguros Direta
CNPJ: 21.487.735/0001-05

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105817/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAU

CPF: 518.606.193-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERREIRA DE ARAUJO

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
Outros

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO : 310.501.233-87

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

RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO : 518.606.193-04

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: 28/03/2019
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO
CPF: 310.501.233-87

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

**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: 3190238267

Nome do(a) Examinado(a): RAIMUNDO NONATO FERREIRA DE ARAUJO

Endereço do(a) Examinado(a): av beira mar, 1051 Camocim/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/CE / 2005023009120

Data e local do acidente: 21/12/2018 - Camocim/CE

Data e local do exame: 18/04/2019 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do rádio distal direito.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento fisioterápico e cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho direito.

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 punho direito, em grau intenso, em razão da redução da amplitude de movimentos.

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.

Punho Direito - Intenso - 75%

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