



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WTAM.20.00166482-4** em **01/09/2020 15:14:34**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Tamboril
Processo : 0030155-55.2019.8.06.0170
Protocolo : WTAM.20.00166482-4
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 01/09/2020 15:14:34

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2711195_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-2.pdf
Documentação : 2711195_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação : 2711195_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 13-19.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TAMBORIL/CE

Processo: 00301555520198060170

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TAMBORIL, 1 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190518747 Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------------	--

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO 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, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO 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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO 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\$ 4.725,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%	
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004372

Conta: 000000008163-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA**

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

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**

Profissão: **ACRILICULTOR** Endereço: **ST ACUVOINHO** Número: **00000** Complemento: **CASA**

Bairro: **ACUVOINHO** Cidade: **SAMBORIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**

E-mail: **COMILSON LARYR@HOTMAIL.COM** Tel. (DDD): **(85) 99291-1706**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4372** CONTA: **00008163** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §19, 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: **SAMBORIL - CE, 15 DE MAIO 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x **Francisco Antônio Anavjo Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

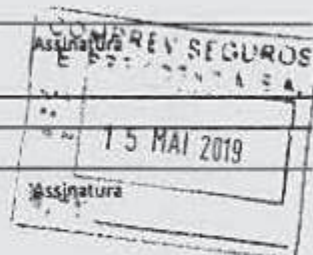
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012
 Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
 Profissão: **ACRILICULTOR** Endereço: **ST ALVODINHO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
 Bairro: **ALVODINHO** Cidade: **SAMBAIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**
 E-mail: **COMILSON LARYRIO@hotmail.com** Tel. (DDD): **(84) 99791-1706**

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

REDA MENSAL:
☒ RECURSO 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: **4372** CONTA: **00008163** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SAMBAIL - CE, 15 DE MAIO 2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

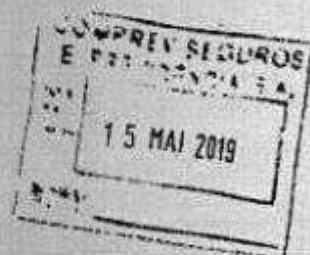
Francisco Antonio Anavjo Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
CONPREV SEGUROS
15 MAI 2019
 Assinatura: _____





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

999.337.483-00 FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLAMO 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4372

CONTA:

00008163

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 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.

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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda 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 de 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(s): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascido (já nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

SAMBODIL - 16, 15 DE MAIO 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

CAIYA
POURANCA

503089 0010 62318 8053

FRANCISCO ANTONIO ALIAGA
ID: 21

MasterCard

ESTO NO ES UN CHEQUE

debito

SEGUROS
CAIYA S.A.

15 MAY 2019

COMPREY SEGUROS
E PRESTADORES S.A.

15 MAY 2019

**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

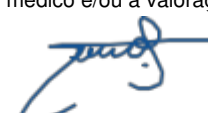
Número do Sinistro: 3190412097
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Antonio Araujo Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Acudinho, S/N Umero
Acudinho Tamboril CE CEP: 63750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019007760
Data local do acidente: [29/04/2019]
Data local do exame: [20/07/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E FISIOTERAPIA
Complicações: SEM
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM IMOBILIZADOR ORTOPÉDICO. APRESENTA LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º, 4º E 5º.
- IV. Nexos de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
(X) "Vítima em tratamento" **() "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190518747
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Antonio Araujo Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Acudinho, S/N Umero
Distrito Tamboril CE CEP: 63750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019007760
Data local do acidente: [29/04/2019]
Data local do exame: [28/09/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: DEFORMIDADE ÓSSEA.
Data da Alta: 10/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2ND1110FR026846 Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

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).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apolou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 10:48:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:49:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE Ocorrência Nº 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antonio Araujo Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : Maria Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

X Irmão Araujo Nascimento

X Antonio Araujo Lima





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

UF:

REV. SEGUROS E PREVIDENCIA S.A. 14 JUL 2019

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2ND1110FR026846** Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do quereloso, 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).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apolou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 10:48:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:48:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antonio Araujo Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : M. Lídia Bezerra Brilhante
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9



X Francisco Araujo Nascimento



X Antonio Araujo Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP: **61000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2ND1110FR026846** Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

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).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apolou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antonio Araújo Lima

VISTO DO DELEGADO(A): M. Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

X Guimar Araújo Nascimento

X Antonio Araújo Lima



DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 19:48:30

Pág. 2 de 2

Impresso em: 15/05/2019 19:48:34

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**

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

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**

Profissão: **ACOLHEDOR** Endereço: **ST ACOLHEDOR** Número: **00000** Complemento: **CASA**

Bairro: **ACOLHEDOR** Cidade: **TAMBOUIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**

E-mail: **COMISSAR LARYR@TAMBOUIL-CE** Tel.(DDD): **85** 99291-1706

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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4332** CONTA: **00008163** **5** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: **TAMBOUIL - CE, 15 06 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Antonio Araujo Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**

Profissão: **ACRILICULADOR** Endereço: **ST AQUINO** Número: **00000** Complemento: **CASA**

Bairro: **AQUINO** Cidade: **TAMBOUIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**

E-mail: **COMILSON LARYSIO MATHIAS-CRM** Tel. (DDD): **(84) 99291-1706**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDAMENTO 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (207) ☐ Itaú (343)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4372** CONTA: **00008163** 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 5.194/74, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso prevista, 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: **TAMBOUIL - CE, 15 de MAIO 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

X Francisco Antonio Anavjo Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPROVANTE SEGUROS

15 MAI 2019

Assinatura: _____

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hor: 09:37 DATA: 29/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARRAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 22609007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC.: 26/10/193

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IACUPINHOS

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINANDA LIMA

TERESINHA DE JESUS ARRAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Doença Urina de acidente com trauma

3. HISTÓRIA ATUAL: com este contendo em 3º e 4º quadrantes

4. DIAGNÓSTICO: Esquema de fratura de fêmur proximal

5. CONDUTA: de 4º quadrante do abd.

6. EXAMES SOLICITADOS: GROS GROS: 15

7. P.A.

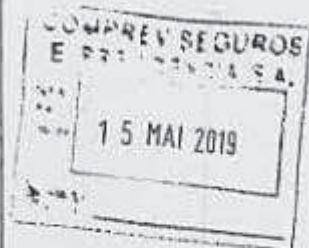
8. TEMP.

9. PESO:

Antônio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① talco imobilizado

② suturas simples

CÓPIA

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Horz 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 30009007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.M.: Fls.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:

NATURALIDADE: IANGORIL PROFISSÃO: SETOR PÚBLICO DATA DO NASC: 26/10/193

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IANGORIL

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINAND LIMA

TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Doença Urina de natureza com no local

3. HISTÓRIA ATUAL: com este conduto em 3º e 4º quadrantes

4. DIAGNÓSTICO: Esquema de fratura de fêmur proximal

5. CONDUTA: de 4º quadrante proximal

6. EXAMES SOLICITADOS: GROSSO: 15

7. P.A.

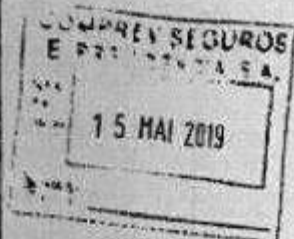
8. TEMPERATURA:

9. PESO:

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEX 14060

① tubo imobilizadora

② suturas simples

CÓPIA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE
HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL
Crescimento com felicidade

Nº:

HOR: 09:37 DATA: 29/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: FRANCISCO ANTÔNIO ARAÚJO LIMA
Nº DO DOCUMENTO: 3609007760 ÓRGÃO EMISSOR: IDADE: 36
CM: Fls.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÃO:
NATURALIDADE: IACUPORINGA PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC: 26/10/1933
EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:
RELIGIÃO: RAÇA/COR:
ENDEREÇO: IACUPORINGA

FILIAÇÃO: LUIZ FERREIRA LIMA
TERESINHA DE JESUS ARAÚJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Dor no
3. HISTÓRIA ATUAL: Com dor constante em 3º e 4º quadrantes
4. DIAGNÓSTICO: Esclerose e fratura de fratura proximal
5. CONDUTA: de 4º quadrante de fratura proximal
6. EXAMES SOLICITADOS: GROSOR: 15
7. PA:
8. TEMPR:
9. PESO:

Antônio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① dor no quadrante
② suturas simples

CÓPIA

COMPRESSEGUROS
E PREVIDÊNCIA
15 MAI 2019

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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04372

CONTA: 000000008163-5

Nr. da Autenticação 88C564C586C4BAA4

NO DO CLIENTE

3968570

Para saber sua classificação, utilize o site www.enel.com.br
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2003

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150
CEP 60128-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047381/0001-70 | CEP 08.508.848-9

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 571686819

Rota 38 39103 01 190000 - 3 Data de Emissão 25/04/2019

Nome FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

End. Postal ST ACUÍDINO 00000

ACUÍDINO - TAMBORIL - 63750000

Medidor 23872254

Posto 0000 0000

Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 999337433-00

CPF

Nome do Responsável

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Proxima Entrega	Veja a legenda do serviço de qualidade
Abr/2019	25/04/2019	24/05/2019	Conjunta
			Mês
			Fev/2019
			Mar/2019
			Apr/2019
			Mai/2019
			Jun/2019
			Jul/2019
			Ago/2019
			Sep/2019
			Out/2019
			Nov/2019
			Dez/2019
			Jan/2020
			Fev/2020
			Mar/2020
			Apr/2020
			Mai/2020
			Jun/2020
			Jul/2020
			Ago/2020
			Sep/2020
			Out/2020
			Nov/2020
			Dez/2020
			Jan/2021
			Fev/2021
			Mar/2021
			Apr/2021
			Mai/2021
			Jun/2021
			Jul/2021
			Ago/2021
			Sep/2021
			Out/2021
			Nov/2021
			Dez/2021
			Jan/2022
			Fev/2022
			Mar/2022
			Apr/2022
			Mai/2022
			Jun/2022
			Jul/2022
			Ago/2022
			Sep/2022
			Out/2022
			Nov/2022
			Dez/2022
			Jan/2023
			Fev/2023
			Mar/2023
			Apr/2023
			Mai/2023
			Jun/2023
			Jul/2023
			Ago/2023
			Sep/2023
			Out/2023
			Nov/2023
			Dez/2023
			Jan/2024
			Fev/2024
			Mar/2024
			Apr/2024
			Mai/2024
			Jun/2024
			Jul/2024
			Ago/2024
			Sep/2024
			Out/2024
			Nov/2024
			Dez/2024
			Jan/2025
			Fev/2025
			Mar/2025
			Apr/2025
			Mai/2025
			Jun/2025
			Jul/2025
			Ago/2025
			Sep/2025
			Out/2025
			Nov/2025
			Dez/2025
			Jan/2026
			Fev/2026
			Mar/2026
			Apr/2026
			Mai/2026
			Jun/2026
			Jul/2026
			Ago/2026
			Sep/2026
			Out/2026
			Nov/2026
			Dez/2026
			Jan/2027
			Fev/2027
			Mar/2027
			Apr/2027
			Mai/2027
			Jun/2027
			Jul/2027
			Ago/2027
			Sep/2027
			Out/2027
			Nov/2027
			Dez/2027
			Jan/2028
			Fev/2028
			Mar/2028
			Apr/2028
			Mai/2028
			Jun/2028
			Jul/2028
			Ago/2028
			Sep/2028
			Out/2028
			Nov/2028
			Dez/2028
			Jan/2029
			Fev/2029
			Mar/2029
			Apr/2029
			Mai/2029
			Jun/2029
			Jul/2029
			Ago/2029
			Sep/2029
			Out/2029
			Nov/2029
			Dez/2029
			Jan/2030
			Fev/2030
			Mar/2030
			Apr/2030
			Mai/2030
			Jun/2030
			Jul/2030
			Ago/2030
			Sep/2030
			Out/2030
			Nov/2030
			Dez/2030
			Jan/2031
			Fev/2031
			Mar/2031
			Apr/2031
			Mai/2031
			Jun/2031
			Jul/2031
			Ago/2031
			Sep/2031
			Out/2031
			Nov/2031
			Dez/2031
			Jan/2032
			Fev/2032
			Mar/2032
			Apr/2032
			Mai/2032
			Jun/2032
			Jul/2032
			Ago/2032
			Sep/2032
			Out/2032
			Nov/2032
			Dez/2032
			Jan/2033
			Fev/2033
			Mar/2033
			Apr/2033
			Mai/2033
			Jun/2033
			Jul/2033
			Ago/2033
			Sep/2033
			Out/2033
			Nov/2033
			Dez/2033
			Jan/2034
			Fev/2034
			Mar/2034
			Apr/2034
			Mai/2034
			Jun/2034
			Jul/2034
			Ago/2034
			Sep/2034
			Out/2034
			Nov/2034
			Dez/2034
			Jan/2035
			Fev/2035
			Mar/2035
			Apr/2035
			Mai/2035
			Jun/2035
			Jul/2035
			Ago/2035
			Sep/2035
			Out/2035
			Nov/2035
			Dez/2035
			Jan/2036
			Fev/2036
			Mar/2036
			Apr/2036
			Mai/2036
			Jun/2036
			Jul/2036
			Ago/2036
			Sep/2036
			Out/2036
			Nov/2036
			Dez/2036
			Jan/2037
			Fev/2037
			Mar/2037
			Apr/2037
			Mai/2037
			Jun/2037
			Jul/2037
			Ago/2037
			Sep/2037
			Out/2037
			Nov/2037
			Dez/2037
			Jan/2038
			Fev/2038
			Mar/2038
			Apr/2038
			Mai/2038
			Jun/2038
			Jul/2038
			Ago/2038
			Sep/2038
			Out/2038
			Nov/2038
			Dez/2038
			Jan/2039
			Fev/2039
			Mar/2039
			Apr/2039
			Mai/2039
			Jun/2039
			Jul/2039
			Ago/2039
			Sep/2039
			Out/2039
			Nov/2039
			Dez/2039
			Jan/2040
			Fev/2040
			Mar/2040
			Apr/2040
			Mai/2040
			Jun/2040
			Jul/2040
			Ago/2040
			Sep/2040
			Out/2040
			Nov/2040
			Dez/2040
			Jan/2041
			Fev/2041
			Mar/2041
			Apr/2041
			Mai/2041
			Jun/2041
			Jul/2041
			Ago/2041
			Sep/2041
			Out/2041
			Nov/2041
			Dez/2041
			Jan/2042
			Fev/2042
			Mar/2042
			Apr/2042
			Mai/2042
			Jun/2042
			Jul/2042
			Ago/2042
			Sep/2042
			Out/2042
			Nov/2042
			Dez/2042
			Jan/2043
			Fev/2043
			Mar/2043
			Apr/2043
			Mai/2043
			Jun/2043
			Jul/2043
			Ago/2043
			Sep/2043
			Out/2043
			Nov/2043
			Dez/2043
			Jan/2044
			Fev/2044
			Mar/2044
			Apr/2044
			Mai/2044
			Jun/2044
			Jul/2044
			Ago/2044
			Sep/2044
			Out/2044
			Nov/2044
			Dez/2044
			Jan/2045
			Fev/2045
			Mar/2045
			Apr/2045
			Mai/2045
			Jun/2045
			Jul/2045
			Ago/2045
			Sep/2045
			Out/2045
			Nov/2045
			Dez/2045
			Jan/2046
			Fev/2046
			Mar/2046
			Apr/2046
			Mai/2046
			Jun/2046
			Jul/2046
			Ago/2046
			Sep/2046
			Out/2046
			Nov/2046
			Dez/2046
			Jan/2047
			Fev/2047
			Mar/2047
			Apr/2047
			Mai/2047
			Jun/2047
			Jul/2047
			Ago/2047
			Sep/2047
			Out/2047
			Nov/2047
			Dez/2047
			Jan/2048
			Fev/2048
			Mar/2048
			Apr/2048
			Mai/2048
			Jun/2048
			Jul/2048
			Ago/2048
			Sep/2048
			Out/2048
			Nov/2048
			Dez/2048
			Jan/2049
			Fev/2049
			Mar/2049
			Apr/2049
			Mai/2049
			Jun/2049
			Jul/2049
			Ago/2049
			Sep/2049
			Out/2049
			Nov/2049
			Dez/2049
			Jan/2050
			Fev/2050
			Mar/2050
			Apr/2050
			Mai/2050
			Jun/2050
			Jul/2050
			Ago/2050
			Sep/2050
			Out/2050
			Nov/2050
			Dez/2050
			Jan/2051
			Fev/2051
			Mar/2051
			Apr/2051
			Mai/2051
			Jun/2051
			Jul/2051
			Ago/2051
			Sep/2051
			Out/2051
			Nov/2051
			Dez/2051
			Jan/2052
			Fev/2052
			Mar/2052
			Apr/2052
			Mai/2052
			Jun/2052
			Jul/2052
			Ago/2052
			Sep/2052
			Out/2052
			Nov/2052
			Dez/2052
			Jan/2053
			Fev/2053
			Mar/2053
			Apr/2053
			Mai/2053
			Jun/2053
			Jul/2053
			Ago/2053
			Sep/2053
			Out/2053
			Nov/2053
			Dez/2053
			Jan/2054
			Fev/2054
			Mar/2054
			Apr/2054
			Mai/2054
			Jun/2054
			Jul/2054
			Ago/2054
			Sep/2054
			Out/2054
			Nov/2054
			Dez/2054
			Jan/2055
			Fev/2055
			Mar/2055
			Apr/2055
			Mai/2055
			Jun/2055
			Jul/2055
			Ago/2055
			Sep/2055
			Out/2055
			Nov/2055
			Dez/2055
			Jan/2056
			Fev/2056
			Mar/2056
			Apr/2056
			Mai/2056
			Jun/2056
			Jul/2056
			Ago/2056
			Sep/2056
			Out/2056</

3958570

Para saber mais sobre o sistema, vá ao site www.enel.com.br ou ligue 0800 0000 0000

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é concedida pela Lei nº 10.438
de 30 de abril de 2002

Companhia Saneamento de Goiás
Rua Pedro Vitorino, 100
CEP 74038-540 - Goiânia, GO
CNPJ 07.041.261/0001-70 | CEP 08 108 8464

enel

COMPANHIA SANEAMENTO DE GOIÁS - GRUPO S | SERVIÇO S-1 | Nº 571546219

Nota 36 39103 01 100000 - 3 Data de Emissão 25/04/2019

Nome FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

End. Postal ST ACUÍDINO 00000

ACUÍDINO - TAMBOREIL - 73750000

Medidor 23871254

Ponto 0000 0000

Classes B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTA. 03-COMERCIAL MONOFÁSICO

RQ/CPF/CNPJ 899337463-00

CPF

Nome do Responsável

PERÍODO DE CANCELAMENTO DO FORTALECIMENTO

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

Ativo e Inativo do grupo, data de início

VENCIMENTO 03/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 93,62

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO ACIONAR O NÚMERO

SEU NÚMERO DA CONTA DEBEMOS VERIFICAR

Como os vizinhos e amigos e entre os vizinhos do mesmo endereço

De devedores, não é obrigatório, Ministério da Saúde, Gov. Federal

Costa desta fatura de 4,87 referente a 100 e 100% de desconto 100% de desconto

Como cliente, poderá solicitar a redução de 100% de desconto de 100% de desconto

análise realizada em 31-12-2018, conforme o art. 4º, inciso II, da Lei nº 10.438/2002

Este documento substitui outros anteriores.



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

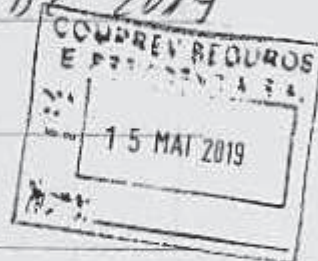
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO
RG nº 2007121439-3, data de expedição 15/05/08
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 047.924.763-16
com domicílio na cidade de TAMBORIL, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST ACUQUINHO, nº 00000
complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA, cujo o condutor era
FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
Veículo: MOTO CICLISTA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2015/2015
Placa: PNK 0076 Chassi: 9C2ND01110FR026846
Data do Acidente: 29/04/2019

Local e Data: X TAMBORIL-CE, 15 DE MAIO DE 2019

X Irismar Araújo Nascimento

Assinatura do Declarante



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



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: 0800-1596 / 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

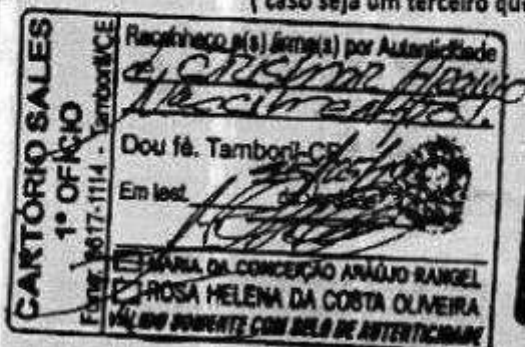
Eu, IRISMAR ARAÚJO NASCIMENTO
RG nº 2007121439-3, data de expedição 15/05/08
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 047.924.763-16
com domicílio na cidade de TAMBORIL, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST ACQUINHO, nº 00000,
complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCO ARTORIO ARAÚJO LIMA, cujo o condutor era
FRANCISCO ARTORIO ARAÚJO LIMA
Veículo: MONOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2015/2015
Placa: RNK 0076 Chassi: 9C2ND0111DFR026846
Data do Acidente: 29/04/2019

Local e Data: X TAMBORIL-CE, 15 DE MAIO DE 2019

X Irismar Araújo Nascimento
Assinatura do Declarante



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



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº: _____

Hor: 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: _____

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 22609007760 ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/01/06

C.M.: _____ FLS.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1/ CARTÃO: _____

NATURALIDADE: Tamboril PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC.: 26/01/1933

EST. CIVIL: Casado SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: IACUPINHÓ _____

FILIAÇÃO: LILZ FERDINIA LIMA

TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente com 2º e 4º dedos da mão direita

3. HISTÓRIA ATUAL: Com esta contusão em 3º e 4º dedos da mão direita

4. DIAGNÓSTICO: Esquema de fratura de falange proximal

5. CONDUTA: de 4º dedo do 2º dig.

6. EXAMES SOLICITADOS: Gipsagem: 15.

7. P.A. _____

8. TEMP.: _____

9. PESO: _____

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① talco imobilizado

② suturas simples



AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO ANTONIO MAURO LIMA
CPF e/ou RG: 999.339.483-00

Informações do Acidente

Data do acidente: 29/04/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DOS 3º, 4º E 5º DÍGITOS ESQUERDO COM
LACERAÇÃO LOCAL.

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

ANALGESIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, SUTURA LOCAL E
CONDUITA CONSERVADORA.

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

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DEFINITIVA: BOCELA,
DOE E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DA
MÃO ESQUERDA AOS MÍNIMOS ESFORÇOS

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: TRAUMA COM FRATURA DE ARTEFATOS E MÃO ESQUERDA

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (x) 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

03.07.19, CRATEUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antonio Mauro Lima
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hor: 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36

Nº DO DOCUMENTO: 32609007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.N.: FLS: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÃO:

NATURALIDADE: Tangoril PROFISSÃO: SERV. PÚBLICA DATA DO NASC: 26/10/193

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IACUPINHÓ

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINANDA LIMA

TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente com lesões

3. HISTÓRIA ATUAL: Com lesão contusa em 3º e 4º dedos da mão direita

4. DIAGNÓSTICO: Fratura de fratura de falange proximal

5. CONDUTA: de 4º dedo do 1º dig. seg.

6. EXAMES SOLICITADOS: Gesso com: 15.

7. P.A.

8. TEMP:

9. PESO:

Antonio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① dedo imobilizado

② sutura simples



AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF e/ou RG: 999.339.483-00

Informações do Acidente

Data do acidente: 29/04/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DOS 3º, 4º E 5º METACARPO ESQUERDO COM
LACERAÇÃO LOCAL.

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

ANALGESIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, SUTURA LOCAL E
CONDUTA CONSERVADORA.

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

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DEFINITIVA: GOEIRA,
DOE E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DA
MÃO ESQUERDA AOS MÍNIMOS ESFORÇOS.

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: FRATURA COM FRATURA DE ARIETOS E MÃO ESQUERDA

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (x) 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

03.09.19. CRUZELOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antonio Araujo Lima
Assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

REC. SEGURANÇA

7019

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Hor: 09:37 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36
Nº DO DOCUMENTO: 30609007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/01/06
C.N.: _____ FLS.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÃO: _____
NATURALIDADE: Tamboril/PE PROFISSÃO: SETOR PÚBLICO DATA DO NASC.: 26/01/1933
EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94334465 ESCOLARIDADE: _____
RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____
ENDEREÇO: IACUPINHOS
FILIAÇÃO: LUIZ FERDINANDA LIMA
TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: dor no artro da coxa esquerda
3. HISTÓRIA ATUAL: com dor constante em 3º e 4º quadrantes
4. DIAGNÓSTICO: fratura de fêmur proximal
5. CONDUTA: de 4º quadrante proximal
6. EXAMES SOLICITADOS: GROSSES: 15
7. PA: _____
8. TEMP.: _____
9. PESO: _____

Antônio Lavor Filho
Médico
CREMÉC 14060

① dor no artro da coxa esquerda
② dor no artro da coxa esquerda



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO/HABITANTE DE HABITAÇÃO

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
 ENDEREÇO: RUA... Nº... CIDADE: PORTALIZA, CE
 CEP: 899.337.483-00 DATA DE NASCIMENTO: 28/01/1989
 RUA: LOTE FERRAZ LIMA
 TERREIRA DE JESUS ARAUJO LIMA
 Nº... ANO: 2015
 Nº... 06405185458 VALOR: 07/04/2020 01/07/2015

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura: Francisco Antonio Araujo Lima
 Assinatura do Planteador: [Assinatura]
 Nº... PORTALIZA, CE DATA: 04/07/2016
 Nº... 18700881857 CNPJ... 08194232168
 NOME DO PLANTEADOR: [Assinatura]

1289445136



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
 DOC. IDENTIFICAD. / CATEGORIA: 2046019007742 82306 CE
 CPF: 999.337.483-00 DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1983
 RACIA: LUIZ FERNANDA LIMA
 TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA
 SEXO: M
 DATA DE EMISSAO: 07/04/2020 VALIDADE: 01/07/2025
 CATEGORIA: 06405163456

OBSERVAÇÃO:
 Francisco Antonio Araujo Lima
 PORTALBA, CE
 04/07/2016
 18790581682
 CN154832168
 DETRAN-CE (CE/AN)

VALIDA EM TODAS AS CATEGORIAS NACIONAIS
 1289445136

PRESENÇA PLASTIFICADA
 1289445136

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A
 REC. 09 SET 2019
 Nome:

COPIA DE REGISTRO
E PRECATÓRIO
15 MAI 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
CICE 01 1057259877 ANTO 0000000000 2018

TRISMAR ARRUJO, NASCIMENTO
TAPBORIL CE

04792426316
PLACA ANTAVI
04792426316/CE

PAS/MOTOCICLO/INNO-APLIC.
HONDA/XRE 300
2P/OCV/291CC

CATEGORIA PARTIC
CORRE DOMINANTE VERMELHA
VERMELHAS

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 26/11/2018

TAPBORIL
Suplemento 12/12/18

CE Nº 014058860215 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04792426316
2018
PNK0075
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

014058860215
77754643006
www.segurodpvat.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1284

01 04792426316
RENAVAM
1057259877
ANO 2015
09

HONDA/XRE 300
902ND1110FR026846
PRÊMIO TARIFÁRIO

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

00/00/0000
DATA DE OUTUBRO
00/00/0000

RECEIVED
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
JAN 10 1964
Name _____

[illegible]

COPIES 150000
15 MAY 2019

[illegible][illegible]

3779290

Ata Social de Energia Elétrica
forada para Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07043281/0001-70 | CEF 08.105.846-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 571686017
Rota 38 39103 01 189000 - 8 Data de Emissão 25/04/2019
Nome IRTSMAR ARAUJO NASCIMENTO
End. Postal ST ACUDINHO 00000
ACUDINHO - TAMBORIL - 63750000
Medidor 432313 Poste 0000 A41E
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL HONORASICO
RG/CPF/CNPJ 047924263-16 CEF
Nome do Responsável

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Mês Referência: Abr/2019 Data de Apresentação: 25/04/2019 Previsão Próxima Entrega: 24/05/2019
Mês Referência: Mar/2019 Valor: 17,57
Mês Referência: Fev/2019 Valor: 17,57

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Mês Referência: Abr/2019 Data de Apresentação: 25/04/2019 Previsão Próxima Entrega: 24/05/2019
Mês Referência: Mar/2019 Valor: 17,57
Mês Referência: Fev/2019 Valor: 17,57

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Linha Atual: 13108 Linha Anterior: 13108 Consumo BMH: 110 Consumo Inst.: 0,00 Consumo Res.: 110 Tarifa (R\$/kWh): 0,40 Valor (R\$): 40,79
25/04/19 05/05/19 20/04/18 110 40,79

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MES: 40,79
COB. SALDO FATURA ANTERIOR: 33,91

VENCIMENTO 05/06/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 74,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 21,54
Transmissão 12,00
Distribuição 1,00
Encargos Setoriais 1,00
Tributos (ICMS, IPTU, IPI) 1,00
TOTAL 46,54

HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01	97	11,0
02	95	10,5
03	105	11,0
04	93	10,6
05	93	10,6
06	106	11,0
07	94	10,6
08	94	10,6
09	96	10,6
10	88	10,6
11	100	11,0
12	100	11,0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)


Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica
Emitido kg (CO₂) 42,94 Compensado kg (CO₂) 0,00
Compensação Ecológica (% CO₂) 0,00

Para consultar sua conta em formato digital, utilize
seu número de cliente e o código de verificação.
Chame os atendentes e envie a senha no WhatsApp ou pelo aplicativo
de celular, acesse o site ou chame o atendimento ao cliente, 0800 000 0000.

Condição desta fatura: 25/04/2019 referente a fatura de consumo de energia elétrica de 01/04/2019 a 30/04/2019.
Para cliente, consulte a fatura de consumo de energia elétrica para verificar se
a fatura está correta até 31/05/2019, conforme a Lei nº 10.007/2005, em seu artigo 1º, inciso
II, alínea b).

COMPRENHA SEUS RECURSOS
E PAGA SEUS DEVEDORES
15 MAI 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163338/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Títular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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: 15/05/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00


FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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: 05/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Número do Sinistro: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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: 09/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

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: VÍTIMA ESTEVE EM PERÍCIA MÉDICA EM 20/07/2019 SINISTRO 3190412097 CONSTATOU-SE QUE ESTAVA EM TRATAMENTO.
@ (1) 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

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: VÍTIMA ESTEVE EM PERÍCIA MÉDICA EM 20/07/2019 SINISTRO 3190412097 CONSTATOU-SE QUE ESTAVA EM TRATAMENTO.
@ (1) 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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: 05/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Número do Sinistro: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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: 09/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE