

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

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

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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 **WEB1.20.01291494-0** em **25/06/2020 15:39:56**.
- 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 : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0231232-06.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01291494-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 25/06/2020 15:39:56

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* : 2729649_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2729649_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.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

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: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00962-8

CONTA: 000000013841-X

Nr. da Autenticação F7ADCCF89727E977

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: 3269 - MARCIA OLIVEIRA BARBOSA

NASC.: 23/08/1982 IDADE: 36 anos 11

NOME SOCIAL/APELIDO:

CARTÃO SUS: 898002725852546

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A) RAÇA/COR: SEM INFORME ETNIA: NAO SE APL.

NATURALIDADE: PENTECOSTE - CE

NOME DA MÃE: MARIA LUIZA OLIVEIRA BARBOSA NOME DO PAI:

OCCUPAÇÃO:

TIPO DOC.: IGNORADO

Nº DOC.:

MACROREGIÃO: OUTROS ESTADOS

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: RUA PADRE ANTONIO MOREIRA, N°

BAIRRO: PEDREIRAS

CIDADE: PENTECOSTE

EMAIL:

TELEFONE:

UF: CE CEP: 62640000

QUEIXA PRINCIPAL:

QUEDA DE MOTO. RELATA DOR NO OMBRO, ESCORIAÇÃO MIE.

CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO

ALERGIA:

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

Verde

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: SIM

ENCAMINHAMENTO: CLÍNICA MÉDICA

Diabético Hipertenso

OBSERVAÇÃO:

Maria (Estágio)

Ass. e Carimbo do Profissional
MIRIA KAYNY DA SILVA LEAO

DATA DA ENTRADA: 16/08/2019 17:58

SINAIS VITais	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL / 76 mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO bpm	SAT. O2 %	HGT	GLICEMIA CAPILAR mg/dl
---------------	---------	----------------------------	----------------	-----------	-----------	-----	------------------------

ANAMNESE

Queda de moto.

EXAMES FÍSICOS/HDA

07 10 2019

DIAGNÓSTICOS:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Dionisia M. Oliveira Campelo

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

① VOLTAZOL 75 mg FM

1) 19/10 R

② RAIOS-X DO OMBRO ESQUERDO - AP
E PÉTROL

③ RAIOS-X DE CINTAX - AP

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

SAIDA/ALTA

(X) ALTA HOSPITALAR: HORA: *Monteiro*
Dr. *Evaristo Monteiro*
Médico

Xinorice da O Barroco

CEMEC 20.407

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital e Maternidade Reg. Vale do Curu

1 - Preencher com letra legível;
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as duas vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62640-000
Distrito Sanitário: _____ Município: Pentecoste

Nome: PACIEN DE O. BMBOK Telefone: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____ RG: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: Doce com (U) XAD(?) NO
ORGAN ELEONORO,
NECESSARIA = DE ANAIS
DE TANATINAS

Exames Solicitados e Resultados: _____

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica: (UXICO DE. ORGANO (?)
Dr. Vanderlândio Lechmeier
Médico Pároco
CRM 622
IDT 11/88/86
Assinatura e carimbo do médico

19/03/19
Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: AVANTAGOS Profissional: TMURISTICO ID

Unidade de Referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: / /

Resumo Clínico/ Cirúrgico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência é compatível com o diagnóstico? Sim () Não ()

RECEITUÁRIO

A fumo que Manda de 05 ci-
na Bandejas, 27 anal, o que conser-
ve em estoque médio de
partida proximal do Jurema
Estando desde 16/08/2019,
necessa a estoque médio de
15 (quinze) dias, para re-
corrida continua fumaça e
e afastamento do fumador
por mais 90 (noventa) dia.
(Afastado de 19/08 a 02/09)

RX.
HTC C 1 Dr - S 42.2

Data: 03/09/2019

JL C 500
Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEITUÁRIO

A testo que Maria de Oliveira Bandeira, 37 anos, fôi vítima de acidente de trânsito na noite, em 16/08/2019, sofrendo lesão na sua perna proximal do joelho esquerdo. Religião tradi-
cional católica (modistica-
gão + N° controle + fiofe-
riais após consideração da
mora). Encontra-se em ALTA
DEFINITIVA e solicita for-

Separa D P R A T.

Dx. C1D10 . S 92.2.
Dr. Célio Cavalcante Magalhães
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC - 4288 TEOT - 5413

Data: 19/02/2020

CÓDIGO
Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

PAQUETA



THE
SHOE
COMPANY

Paquetá Calçados Ltda.

Ambulatório Médico

Av. Antônio Braga Azevedo, 407 — São Francisco
Pentecoste (CE) — Fone: (85) 3352-5500

Matrícula: _____

Avaliação médica

Atesto, para os devidos fins e especialmente para fins trabalhistas, que o(a)
Sr.(a) Marcia de Oliveira Barbosa
foi atendido(a) neste Ambulatório Médico, com a seguinte finalidade e conclusão:

1. Finalidade

- Realizar consulta médica.
- Avaliar afastamento por doença ou acidente até 15 (quinze) dias.
- Avaliar retorno ao trabalho por cessação de benefício do INSS.
- Avaliar retorno ao trabalho por cessação de Licença-maternidade.

2. Conclusão

- Foi encaminhado(a) à Fisioterapia / ou ao Especialista: _____
- Apto(a) / deverá retornar imediatamente ao trabalho.
- Deverá retornar ao trabalho ao final do afastamento concedido até _____/_____/_____.
- Deverá se afastar do trabalho na manhã de hoje.
- Deverá se afastar do trabalho na tarde de hoje.
- Deverá se afastar do trabalho no dia de hoje.
- Deverá se afastar do trabalho durante 90 (migante) dias, a contar da presente data. 19/08/19 CID-10: V28.4 + S42.2
- Deverá ser encaminhado(a) ao INSS com a sugestão de afastamento acima, para pleitear:
 - Auxílio-doença Previdenciário (B-31) / Auxílio-doença Acidentário (B-91) / Pedido de Prorrogação / Interpor Recurso à JR/CRSS / NB: _____

Pentecoste (CE), 29/08/19

Marcia de Oliveira Barbosa

Autorização do paciente p/ codificação p/ CID-10/ De acordo com o encaminhamento ao INSS se for o caso.

Ass. e carimbo com o CRM do(a) médico(a)

Fernanda Di Souza

CRM/MEC 13521

MÉDICA

12/2018

PAQUETÁ



THE
SHOE
COMPANY

Paquetá Calçados Ltda.

Ambulatório Médico

Av. Antônio Braga Azevedo, 407 — São Francisco
Pentecoste(CE) — Fone: (85) 3352-5500

Matrícula: _____

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins e especialmente para fins trabalhistas, que o(a)

Sr.(a) Marcos Alvaro Salles

foi atendido(a) neste Ambulatório Médico, com a seguinte finalidade e conclusão:

1. Finalidade

- Realizar consulta médica por doença ou assunto relacionado à saúde.
- Avaliar afastamento por doença ou acidente do trabalho, até 15 (quinze) dias.
- Avaliar retorno ao trabalho por cessação de benefício concedido pelo INSS.
- Avaliar retorno ao trabalho por cessação de Licença-maternidade.

2. Conclusão

- Foi encaminhado(a) à Fisioterapia pelo(s) seguinte(s) motivo(s): _____
- Foi encaminhado(a) ao Especialista: _____
- Apto(a), devendo retornar imediatamente ao trabalho.
- Deverá retornar ao trabalho após o encerramento do afastamento ou benefício (INSS), que foi concedido até o dia _____ / _____ / _____.
- Deverá se afastar do trabalho na manhã de hoje.
- Deverá se afastar do trabalho na tarde de hoje.
- Deverá se afastar do trabalho no dia de hoje.
- Deverá se afastar do trabalho durante 30 (burto)
dias, a contar da presente data. CID-10: 542.2
- Recomendação: 02/11/19

Este documento não possui emendas nem rasuras

Pentecoste(CE), 24/10/19

Marcos Alvaro Salles

Ciente do paciente / autorização para codificar p/ CID-10

Assinatura do(a) médico(a) e carimbo c/ CRM

Ianda Dias Goulart
CRM-E 13521
MÉDICA

10/2019



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital e Maternidade Reg. Vale do Curú

1 - Preencher com letra legível;
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as duas vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62640-000

Distrito Sanitário: _____ Município: Pentecoste

Nome: RODRIGO DE O. BAMBOK Telefone: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____ RG: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente:

Doce com (UXA)(?) no
primo ENFERMO,
NECESSÁRIO DE QUADRIL
DE TIRAMINTO INCERÍT

Medicamentos Utilizados:

Impressão Diagnóstica:
Dr. Vanderson Techine
Médico Perno
CRM 6242
IDT 11/88/86
Assinatura e carimbo do médico

(NUCLEO DE CURITIBA (7))

19/03/19
Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: AVERTIMENTOS Profissional: TM, MEDICO IDP

Unidade de Referência: _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: _____ / _____ / _____

Resumo Clínico/ Cirúrgico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência é compatível com o diagnóstico? Sim () Não ()

 <p>PAQUETÁ THE SHOE COMPANY</p> <p>PAQUETÁ CALÇADOS LTDA</p> <p>Av. Antônio Braga de Azevedo, 407 - Fone: 3352.5500 Pentecoste- Ceará</p>	<p>Departamento Fisioterapia</p>
---	---

Marcia de Oliveira Barbosa

Altar:

Paciente apresenta melhora significativa na amplitude de movimento e força muscular. Recebe alta após 20 atendimentos de Fisioterapia.

23.01.2000

Dra. Isabella Menezes
Fisioterapeuta
CREFITO 187658-F

Isabella Menezes Rios
Isabella Menezes Rios
Fisioterapeuta/CREFITO-187658-F



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 14/10/19		HORÁRIO: 1026	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS ()		AMBULÂNCIA ()					
PACIENTE: Manoel de Oliveira Barbosa										
NOME DA MÃE: Maria Inês de Oliveira										
DATA DE NASCIMENTO: 23/08/82		CARTÃO DO SUS:		ÍNDIO: () SIM () NÃO						
IDADE: 37	SEXO: M() F()	RG: 990150314201	TELEFONE: 91210107							
ENDEREÇO: Rua Av coronel com N 102										
BAIRRO: Centro	CIDADE: Concórdia	ESTADO: PR	FUNCIONÁRIO: a f							
ACOLHIMENTO										
QUEIXA PRINCIPAL: Dor, edema e trauma () após queda.										
CLÍNICO()	CIRURGIÃO()	TRAUMATOLOGISTA()	PEDIATRA()							
SINAIS VITais										
ESCALA DE DOR ADULTO										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVÉ		DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL			
HORA: 10:29	PA: 109x70	TEMP: 34.3	SpO2: 99	F.C: 83	GLICEMIA:					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()						CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL: 				
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.										
HORA:		HISTÓRIA CLÍNICA:								

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

EXAMES SOLICITADOS:

LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

~~ADMIRAL DE MELVILLE, RESERVADO~~



Nome.....: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA
Exame.....: TC OMBRO ESQ S/CONT (SANTA CASA)
Medico Solicitante: Dr(a). PEDIDO PROPRIO
Convênio.....: SANTA CASA
Data.....: 26/08/2019 Pedido: 1292396

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica helicoidal, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Pele e panículo adiposo sub-cutâneo nos limites da normalidade.
- Ligamentos e tendões de espessura e densidade anatômicas, sem aparente solução de continuidade.
- **Traços de fratura no colo anatômico do úmero e na base da tuberosidade maior do úmero, sem desalinhamento significativo entre os fragmentos.**
- Demais estruturas ósseas de configuração, densidade e trabeculado sem alterações.
- Superfície e espaços articulares preservados.
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis.
- Não há sinais de derrame intra-articular.

Obs: Tendões, ligamentos e cartilagem podem ser melhor avaliados em estudo por ressonância magnética.

DR. DOUGLAS HENNING PINHEIRO ARAGÃO
MÉDICO RADIOLISTA CRM:13015 RQE:8227

DATA	PREScrição MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSINA
	<p><i>Proteínas 100 mg</i></p> <p><i>Tetradona (2:8) 1980 60</i></p> <p><i>Cidnei Santos Freitas</i> <i>Tranmatologista - Ortopedista</i> <i>CRM/CE 7491 RQE 2594 SBOT 0961</i></p>		

Evolução / Parecer Médico:

Anotações de Enfermagem:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: _____ / _____ mmhg			
T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C
GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl
FC: _____ rpm	FC: _____ rpm	FC: _____ rpm	FC: _____ rpm
SpO2: _____ %	SpO2: _____ %	SpO2: _____ %	SpO2: _____ %

Evolução Enfermeiro e/ou Intercorrências:

Destino do paciente:

ALTA INTERNAMENTO TRANSFERÊNCIA ÓBITO – MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO: *Cidnei Santos Freitas*
Tranmatologista - Ortopedista
CRM/CE 7491 RQE 2594 SBOT 0961



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as duas vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ CEP: 62.640-000
Distrito Sanitário: _____ Município: **PENTECOSTE**

Nome: Marcia de Oliveira Batista Telefone: 9121 0192
Sexo: M F Data Nascimento: 23/08/82 RG: _____
Pai: Francisco Francisco Batista Mãe: Francisca de Oliveira Batista
Endereço: Rua Antônio Mariano 62 Bairro: Pedra
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente:
Deuas a moto ei fraturou umas no t

Exames Solicitados e Resultados:
Mugato

Medicamentos Utilizados:
Amanda Dias Goulart

Impressão Diagnóstica:
Amanda Dias Goulart
CREMEC 13521
MÉDICA

24/08/18
Data

Assinatura e Carimbo do Médico

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: consulto Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: / /

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resumo de Exames: : :

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento:

O problema justificou a referência: Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não



Nome..... MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA
Exame..... TC OMBRO ESQ S/CONT (SANTA CASA)
Medico Solicitante: Dr(a). PEDIDO PROPRIO
Convênio..... SANTA CASA
Data..... 26/08/2019 Pedido: 1292396

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica helicoidal, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Pele e panículo adiposo sub-cutâneo nos limites da normalidade.
- Ligamentos e tendões de espessura e densidade anatômicas, sem aparente solução de continuidade.
- **Traços de fratura no colo anatômico do úmero e na base da tuberosidade maior do úmero, sem desalinhamento significativo entre os fragmentos.**
- Demais estruturas ósseas de configuração, densidade e trabeculado sem alterações.
- Superfície e espaços articulares preservados.
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis.
- Não há sinais de derrame intra-articular.

Obs: Tendões, ligamentos e cartilagem podem ser melhor avaliados em estudo por ressonância magnética.

DR. DOUGLAS HENNING PINHEIRO ARAGÃO
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM:13015 RQE:8227

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MAYFRA HERBEN SILVA BANDEIRA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 985659743, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
marcus de oliveira Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 009536553, 26,
do sinistro de DPVAT cobertura FINALIDE 2 da Vítima marcus de oliveira Barbosa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 009536553, 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço:	<u>jose Salu</u>	Número:	<u>957</u>	Complemento:	<u>esso.</u>
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Pentecoste</u>	Estado:	<u>ce</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>85991330940</u>

Local e Data: Pentecoste 27/02/2020

Mayfra Huber Silva Bandeira
Assinatura do Declarante

Nº do Cliente:
1212255

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 050426724

Rota PS005U06 - 65700
Nome MARFRA HERBEN BANDEIRA M. NASCIMENTO
Endereço RU JOSE SALU, 0957, CENTRO, 62640-000, PENTECOSTE

Referência 02/2020
Emissão 08/02/2020
Medidor 6626582-NAN-636

Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligaçāo Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

SCA0588676981D4600392B009E99CE

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias
Anterior 10/01/2020 Atual 09/02/2020 Próxima prevista 09/03/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	117	88	1,00	117	00	117	0,52564	61,50

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
ICMS COMPL BX RENDA	-	17,22
PIS COMPL BX RENDA	-	11,64
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,52
DESCONTO BAIXA RENDA	-	2,38
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	43,11
JUROS MORATÓRIOS	-	43,11
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,26600	2,49
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,45671	7,98
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,68532	31,97
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,05933	54,14
		1,78

Nº do Cliente:
5771634

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002



Companhia Energetica do Ceará
Rua Pedro Valde o, 150
CEP 60135 040 | Telef. 5.111-
CNPJ 070472/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 049336199

Rota PS001U03 - 86400 Referência 02/2020

Nome MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Endereço RU PDE ANTONIO MOREIRA, 00066, PEDREIRA,

Classificação 62640-000, PENTECOSTE

Modalidade Tarifaria Resid. Baixa Renda

Ligaçao Mono fásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

E87049693A651A6E670D47DB2C3B291

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
05/01/2020	04/02/2020	02/03/2020

DADOS DA MEDICAO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Faz. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	22.469	22.297	1,00	112	00	112	0,30545	34,21

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
PIS COMPL BX RENDA	-	13,13
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,33
DESCONTO BAIXA RENDA	-	1,50
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	-27,03
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	-	27,03
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,18900	5,67
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,32443	22,71
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,48583	5,83
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	0,02533	0,76
		35,74

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	62,00	1,20	0,75
COFINS	62,00	5,55	3,43

VENCIMENTO	11/02/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	85,67
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	009.536.553-26

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂)

43,72 | 0,00

0,00%

Consciência Ecológica (%CO₂) 0 | 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 07/01 - 31/01 Verde : 01/02 - 04/02

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM
OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM
ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

420,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

009536.55326 munera de o Barbosa.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

munera de Oliveira Barbosa

6 - CPF:

00953655326

7 - Profissão:

Reseuso

8 - Endereço:

Rua Antônio Moreira

9 - Número:

66

10 - Complemento:

eser

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Pentecoste

13 - Estado:

ee

14 - CEP:

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (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: BRASIL(001)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 10962

8

CONTA: 13841

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veio nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Pentecoste 27/02/2020

Maria de Oliveira Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

12- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

 00953655326 *Mariá de Oliveira Barbosa*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Mariá de Oliveira Barbosa

6 - CPF:

00953655326

7 - Profissão:

Residente

8 - Endereço:

Rua Antônio Moreira

9 - Número:

66

10 - Complemento:

eser

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Pentecoste

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

85991330940

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

 CONTA POUPANÇA (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: *BRASIL (001)*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 10962

8

CONTA: 13841

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter 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

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34

 Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
e/ou declarante

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Pentecoste 27/02/2020
Maria de Oliveira Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

12 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
Impresso nº 2019734247

FLS.
RÚBRICA
MARIA ELANE SOARES DE SOUSA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 525 - 1908 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 15/10/2019 08:44:43
Data / Hora da Ocorrência: 16/08/2019 17:58:00
Endereço da Ocorrência: R PADRE SINVAL FACUNDO CEP: 62.640-000,
IPASE - PENTECOSTE/CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO AO COLÉGIO MARIA FLOR

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA
Nascimento: 23/08/1982 CPF:
RG: 99015031429 Órgão Emissor: UF: CE
Filiação: MARIA LUIZA DE OLIVEIRA BARBOSA
Endereço: RUA PADRE MOREIRA, 67
Bairro: PEDREIRA
Município: PENTECOSTE/CE CEP: 62.640-000
País: BRASIL Telefone:

Histórico

INFORMA A DECLARANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS, POR VOLTA DAS 17:45H, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO NAQUELA OCASIÃO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 160 START, CHASSI 9C2KC2500HRD05780, PLACA POE-3315/PENTECOSTE-CE. DIZ A DECLARANTE QUE OCORREU O SINISTRO EM VIRTUDE DE ANIMAIS (CABRAS) QUE ATRAVESSARAM A ESTRADA, E EM VIRTUDE DISSO ACABOU POR COLIDIR CONTRA ALGUMAS DELAS, APESAR DE SUA TENTATIVA DE MANOBRA PARA EVITAR A COLISÃO. QUE EM CONSEQUÊNCIA DA QUEDA SOFREU LESÃO EM SEU OMBRO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA PARA A UPA24, ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS DE PRAXE, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL VALE DO CURU DESTA CIDADE, ONDE TAMBÉM RECEBEU OS ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS E LOGO APÓS RECEBEU LIBERAÇÃO MÉDICA. QUE FICOU RETORNANDO AO REFERIDO HOSPITAL PARA AVALIAÇÕES. QUE ORA REGISTRA O PRESENTE BOLETIM PARA FINS DE JUSTIFICAÇÃO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA ELANE SOARES DE SOUSA - MAT.: 405030-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Elane Soares de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573

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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200095219

Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

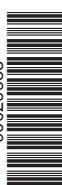
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200095219**

Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000962-8

Conta: 0000013841-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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

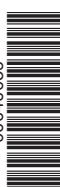
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00962-8

CONTA: 000000013841-X

Nr. da Autenticação F7ADCCF89727E977

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075941/20

Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

CPF: 009.536.553-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2019

Titular do CPF: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO : 985.659.743-91

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

MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA : 009.536.553-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO
CPF: 985.659.743-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 782.049.173-68

MARFRA HERBEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095219 **Cidade:** Pentecoste **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA **Data do acidente:** 16/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4_LAUDO MÉDICO / PÁG. 10/13_LAUDO DE EXAME.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria de Oliveira Barbosa, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Recurso, portador(a) do RG 99015031429 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 00953655326, residente no(a) Pedreiro Antônio Moreira
nº 69, bairro: Pedreiro, município: Pentecoste / CE

OUTORGADO:

Nome: Marcia Herken S Bandeira, brasileiro(a), estado civil: Casada
Profissão: Recurso, portador(a) do RG 9909703650 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 98565974391, residente no(a) José Sáli
nº 957, bairro: Centro, município: Pentecoste / CE

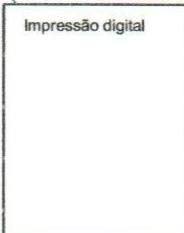
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Maria de Oliveira Barbosa CPF 00953655326. data do acidente: 16/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: Pentecoste, 11/10/2019

Maria de Oliveira Barbosa

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço a(s) firma(s) de Marcia Herken S Bandeira por
autenticidade

Dou fé
Pentecoste - CE 11/10/19

Em testemunho de Francisca Leonida Duarte da Silva
verdade
Francisca Leonida Duarte da Silva
Escrevente

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095219 **Cidade:** Pentecoste **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA **Data do acidente:** 16/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4_LAUDO MÉDICO / PÁG. 10/13_LAUDO DE EXAME.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE

Nº 014056880936

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
HARO 01 1134495789 0000000000 2017

NOME
MARIA LUIZA FERREIRA DE ALMEIDA

PENTECOSTE/CE

CPF/CNPJ

01436319340

PLACA

POE3319

PLACA ANT./UF

*****/CE

CHASSI

9C2KC2500HR005780

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 160 START

ANO FAB.

2016 2017

CAP/POT/CIL

2P/0CV/162CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/COTAS

I

**

//**

1^a

2^a

3^a

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

</div



