

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

Portal de Serviços

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 **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](#)

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

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PENTECOSTE
GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sequencial Diário 137



Guia N°
19004236

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 INFORM ETNIA: NAO SE APL

NATURALIDADE: PENTECOSTE - CE

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

Ocupação:

TIPO DOC.: IGNORADO

N° DOC.:

N° CPF.:

MACROREGIÃO: OUTROS ESTADOS

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: RUA PADRE ANTONIO MOREIRA, N°

BAIRRO: PEDREIRAS

CIDADE: PENTECOSTE

TELEFONE:

UF: CE CEP: 62640000

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

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

CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO

Verde

ALERGIA:

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: SIM

ENCAMINHAMENTO: CLÍNICA MÉDICA

Diabético ☐ Hipertenso ☐

OBSERVAÇÃO:

Priscila (Estagiária)

Ass. e Carimbo do Profissional
MIRIA KAYNY DA SILVA LEAO

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

SINAIS VITAIS	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL 121 / 76 mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO bpm	SAT. O2 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
---------------	------------	-----------------------------------	-------------------	--------------	--------------	--------------	------------------

ANAMNESE

Queda de moto.

EXAMES FÍSICOS/HDA

07 10 2019

DIAGNÓSTICOS:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

- ① VOLTAR 75 mg 7h
- ② RAIO-X DO OMBRO ESQUERDO - AP E PERFIL
- ③ RAIO-X DE CÍRAX - AP

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

1) 19/10 R

SAÍDA/ALTA

(X) ALTA HOSPITALAR: HORA: () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:

Dr. Everaldo Moura
Médico
CRM-CE 20.407
ASS. CARIMBO MÉDICO

Marcia de O Barbosa
ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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: MARCIA DE O. BARBOSA Telefone: _____
Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____ RG: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: PARA COM LUXAÇÃO (?) NO
QUADRIL ESQUERDO,
NECESSIDADE DE ANÁLISE
DE TRAUMATOLOGIA

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica: LUXAÇÃO DE QUADRIL (?)

Assinatura e carimbo do médico: Dr. Vanderlan F. F. Medeiros
CRM 6242 IDT 111889/86
Data: 19.05.19

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
Procedimento: ANÁLISE Profissional: TRAUMATOLOGIA
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

Ateito que Manóia de Oliveira Barbosa, 37 anos, encontra-se em tratamento médico de rotina proximal do útero. Elendo desde 16/08/2019, necessita a todo momento de 15 (quinze) dias, porém necessita continuar tratamento e afastamento do trabalho por mais 90 (noventa) dias. (Afasto de 19/08 a 02/09)

Rx.
TC CID - 542.2

Data: 03/09/2019


Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

RECEITUÁRIO

Atesto que MARCIA de OLIVEIRA BANSORA, 37 anos, foi vítima de acidente de trânsito, moto, em 16/08/2019, sofrendo trauma com fratura proximal do úmero esquerdo. Realizou tratamento conservador (imobilização + fixação + controle + fisioterapia) após consolidação da fratura. Encaminhado em ALTA definitiva e baixa por Seguro DPVAT.

Dr. C.

Dr. Célio Cavalcante Magalhães
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC - 4285 TEOT - 5413

CID 10 - S 42.2.

Data: 19/02/2020

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: _____

Atestado Médico

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 (noventa) 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 JRCRSS / NB: _____

Pentecoste (CE), 19/08/19.

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)

Dr. Amanda D. Joulart
CREMEC 13521
MÉDICA

12/2018

PAQUETA



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) Marcelo de Oliveira Barbosa
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 (trinta)
dias, a contar da presente data. CID-10: B42.2
- ☐ Recomendação: 02/11/19

Este documento não possui emendas nem rasuras

<p>Pentecoste(CE), <u>24/11/19</u></p> <p><u>Marcelo de Oliveira Barbosa</u></p> <p>Ciente do paciente / autorização para codificar p/ CID-10</p>	<p>Assinatura do(a) médico(a) e carimbo c/ CRM</p> <p><u>Maranda Dias Goulart</u></p> <p>CREMEC 13521</p> <p>MÉDICA</p> <p>10/2019</p>
---	--

FICHA DE REFERÊNCIA

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

Nome: MARCIA DE O. BARBOSA Telefone: _____
Sexo: M () F () Data de Nascimento: _____ RG: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: _____
DOE COM LUXAÇÃO (?) NO
OMBRO ESQUERDO
NECESSIDADE DE ATENDIMENTO
DE TRAUMATOLOGIA

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica: LUXAÇÃO DE OMBRO (?)
Assinatura e carimbo do médico: _____
Data: 19.05.19

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
Procedimento: AVANÇADO Profissional: TRAUMATOLOGIA
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>PAQUETA  THE SHOE COMPANY</p> <p>PAQUETÁ CALÇADOS LTDA</p> <p>Av. Antônio Braga de Azevedo, 407 - Fone: 3352.5500</p> <p>Pentecoste- Ceará</p>	<p>Departamento Fisioterapia</p>
---	---

Marcia de Oliveira Barbosa

Alta:

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

23.01.2020.

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: 10:26	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()									
PACIENTE: Maria de Oliveira Barbosa											
NOME DA MÃE: Maria Luiza de Oliveira											
DATA DE NASCIMENTO: 23/08/82	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM () NÃO									
IDADE: 37	SEXO: M () F ()	RG: 99015031424									
TELEFONE: 91210107											
ENDEREÇO: Rua Av. Coronel Romão N102											
BAIRRO: Centro	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE									
FUNCIONÁRIO:											
ACOLHIMENTO											
QUEIXA PRINCIPAL: Dor, edema no trauma (E) 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 LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL		
HORA: 10:29	PA: 109 x 70	TEMP: 34.3	SpO2: 99	F.C: 83	GLICEMIA:						
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:					
VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()						[Assinatura]					
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.											
HORA:		HISTÓRIA CLÍNICA:									
Paciente relata queda, com dor no ombro.											
DIAGNÓSTICO INICIAL:											
Contusão											
CONDUTA:											
Cyndei Santos Freitas Traumatologista - Ortopedista CREMEC 7481 - RQE 2594 SBOYT 898											
EXAMES SOLICITADOS:											
LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS ()											
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:											
[Assinatura] Maria de Oliveira Barbosa											



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 anatómico 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



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 a Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

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

Nome: Marcos de Oliveira Barroso Telefone: 9121 0192
Sexo: M ☐ F ☒ Data Nascimento: 23/08/82 RG: _____
Pai: Francisco Figueira Barroso Mãe: Marcelo Luiz de Oliveira Barroso
Endereço: Rua Antônio Martins 62 Bairro: Pedra
Agente de Saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Histórico do Paciente: Queixa de dor e fratura no tornozelo

Exames Solicitados e Resultados: _____

Medicamentos Utilizados: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

ernanda Dias Goulart
CREMEC 13521
MÉDICA

24/08/19
Data

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: consulta 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 anatómico 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu MAXFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 985659743 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos de Oliveira Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 009536553 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Marcos de Oliveira Barbosa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 009536.553 / 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>caso</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Pentecoste</u>	Estado: <u>EL</u>
E-mail: _____	CEP: <u>62640.000</u>	Tel.(DDD): <u>85991330940</u>

Local e Data: Pentecoste 27/02/2020

Maxfra Herben 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

Referência 02/2020

Nome MARFRA HERBEN BANDEIRA M. NASCIMENTO

Endereço RU JOSE SALU, 0957, CENTRO, 62640-000, PENTECOSTE

Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 08/02/2020

Medidor 6626582-NAN-636

ÁREA RESERVADA AO FISCO

9CA050B676901DA6DD03824B009E959CE

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior

10/01/2020

Atual

08/02/2020

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	00	1,00	117	00	117	0,52564	61,50

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	17,22
ICMS COMPL BX RENDA	-	11,64
PIS COMPL BX RENDA	-	0,52
COFINS COMPL BX RENDA	-	2,38
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-43,11
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	43,11
JUROS MORATÓRIOS	-	2,49
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,26600	7,98
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,45671	31,97
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,68532	54,14
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,05933	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 Energética do Ceará

Rua Padre Valde, 150

CEP 60130-040

CNPJ 0704722

Trib. de I.C.M. 11-70 | CGF 06.105.648-3



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 Tarifária Resid. Baixa Renda

Ligação Monofásico

Emissão 04/02/2020

Medidor 1502804-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

E87049693A551AGE670DA7DB2C3BA291

DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior

Atual

Próxima prevista

06/01/2020

04/02/2020

02/03/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	22,469	22,297	1,00	112	00	112	0,30545	34,21

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	13,13
PIS COMPL BX RENDA	-	0,33
COFINS COMPL BX RENDA	-	1,50
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-27,03
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	27,03
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18900	5,67
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,32443	22,71
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,48583	5,83
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,02533	0,76
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	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	5,53	3,43

VENCIMENTO 11/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

85,67

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 009.536.553-26

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

43,72

0,00

0,00%

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 Murilo de O Barbosa

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Murilo de Oliveira Barbosa

00953655326

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Resumo

Rua Antonio Martins

66

caso

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Centro

Pentecoste

ee

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL (001)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

☐ Sim

☐ Não

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Pentecoste 27/02/2020

Murilo de Oliveira Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

009536.55326 Maria de O Barbosa

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão: Resumo 8 - Endereço: Rua Antonio Martins 9 - Número: 66 10 - Complemento: caso

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pentecoste 13 - Estado: EE 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:

☒ RECUSO 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: 0962 8 CONTA: 13841 ☒

(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 (vel nascos)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Pentecoste 27/02/2020
Maria de Oliveira Barbosa

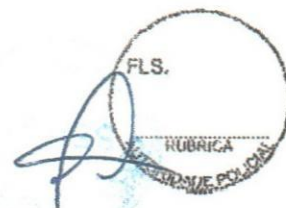
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 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** Orgão 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

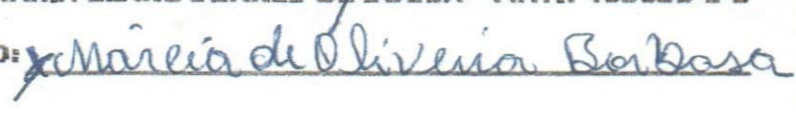
INFORMA A DECLARANTE QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS, POR VOLTA DAS 17:45H, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO NAQUELA OCASIÃO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 160 START, CHASSI 9C2KC2500HR005780, PLACA POE-3315/PENTECOSTE-CE. DIZ A DECLARANTE QUE OCORREU O SINISTRO EM VIRTUDE DE ANIMAIS (CABRAS) QUE ATRAVESSARAM A ESTRADA, E EM VIRTUDE DISSO ACABOU POR COLIDIR CONTRA ALGUMAS DELAS, APESAR DE SUA TENTATIVA DE MANOBRAS 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:


Marcia de Oliveira Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573

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

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, 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



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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 16/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

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

Valoração 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: Marcia de Oliveira Barbosa, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Recurso, portador(a) do RG 99015031429, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 00953655326, residente no(a) Poeira Antena Marinho
nº 69, bairro: Poeira, município: Pentecoste I. PE

OUTORGADO:

Nome: MARFKA HEKSEN S BANDEIRA, brasileiro(a), estado civil: casada
Profissão: Recurso, portador(a) do RG 9909703650, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 98565974394, residente no(a) Jose Suli
nº 957, bairro: Centro, município: Pentecoste I. PE

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 Marcia de Oliveira Barbosa CPF 00953655326, data do acidente: 16/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: Pentecoste 11/10/2019

Marcia de Oliveira Barbosa

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço a (s) firma (s) de Marcia de Oliveira Barbosa por autenticidade
Dou. fé
Pentecoste - PE 11/10/19
Em testemunho da 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: _____ I. _____

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

Valoração 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

DETRAN - CE Nº 014056880936
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA HARO 01 COD. RENAVAM 1134495789 RNTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
MARIA LUIZA FERREIRA DE ALMEIDA

PENTECOSTE/CE

CPF/CNPJ 01436319340 PLACA POE3319

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2KC2500HR005780

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAP/POT/CIL 2P/0CV/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
I P V A ***** ** **/ **/ ** 1ª *****
FADIA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
*** ***** ** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL PENTECOSTE DATA 30/05/2018

Assinatura: [Assinatura] DETRAN-CE
EXPEDIDOR

CE Nº 014056880936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

01436319340 POE3319
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014056880936 01851306717

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/05/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 01436319340 PLACA POE3319

RENAVAM 1134495789 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 START

ANO FAB 2016 CAT TARE 09 Nº CHASSI 9C2KC2500HR005780

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC 324001/10 INSCRIÇÃO
MOTOR: KC25E0H005786
CNPJ 09.248.608/0001-04

012-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1638304370	<div>Nome: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA</div> <div></div>
	<div>DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 99097036560 SSP CE</div> <div>CNPJ 985.659.743-91</div> <div>DATA NASCIMENTO 17/12/1983</div> <div>Função NADA CONSTA</div> <div>MARIA DO SOCORRO SILVA BANDEIRA</div> <div>PERMISSÃO AB</div> <div>ACC AB</div> <div>CATENA AB</div> <div>Nº REGISTRO 06423911675</div> <div>VALIDADE 15/03/2023</div> <div>1ª HABILITAÇÃO 29/07/2015</div>


PROIBIDO PLASTIFICAR
1638304370

Observações

SEM OBSERVAÇÃO;

Marfra Herben Silva Bandeira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PENTECOSTE, CE

DATA EMISSÃO
09/05/2018

for Val - Jth
SODR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

41016400534
CE164045260

CEARÁ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
MARCIA DE OLIVEIRA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99015031429 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
009.536.553-26 23/08/1982

FILIAÇÃO

MARIA LUIZA DE
OLIVEIRA BARBOSA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
07218597565

VALIDADE
22/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
22/02/2019

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Marcia de Oliveira Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PENTECOSTE, CE

DATA EMISSÃO
25/02/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

47628584556
CE163166145

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1673655610

PROIBIDO PLASTIFICAR

1673655610