

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: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04551

CONTA: 000000006117-3

Nr. da Autenticação 632C66F7DB898DFB

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Carolina Vicacia dos Santos, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: Moto Boy, portador(a) do RG 1162559942, órgão expedidor SSP-Ce
e do CPF 028.685.085-02 residente no(a) Rua: Padre Alzira Sampaio 08
nº 330, bairro: Presidente Kennedy, município: Fortaleza 1. Ce

OUTORGADO:

Nome: Juridiana Silva de Oliveira Bernardo, brasileiro(a), estado civil: Casada
Profissão: Autônoma, portador(a) do RG 96032008502, órgão expedidor SSP-Ce
e do CPF 400.493.373-00 residente no(a) Rua: 1034
nº 46, bairro: Conj. Pecara, município: Fortaleza 1. 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 Carolina Vicacia dos Santos
CPF 028.685.085-02 data do acidente: 06/01/2020 Cobertura: Invalidez

Local e data: Fortaleza, _____

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Ingresso digital



CARTÓRIO
Moreira
de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza

R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE - CEP 80.925-790
Fone: (85) 3223-9595 | Site: www.cartoriomoreiradeus.net.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:

CAROLINA VICACIA DOS SANTOS *****

CPF: _____

Fortaleza, 06/01/2020

Valido somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade.

Maria Jocilene da Silva - Esc. Autorizada

Cartão de validação de selo em: validar.selo.jus.br/portal

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108994/20

Vítima: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

CPF: 028.685.085-02

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 06/01/2020

Titular do CPF: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO : 400.493.373-00

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

CAROLINA NICACIA DOS SANTOS : 028.685.085-02

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: 06/04/2020
Nome: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO
CPF: 400.493.373-00

VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2020
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200139598 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO 1º, 2º, 3º DEDOS DO PÉ DIREITO. PG. 6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito



Veridiana Silva de Oliveira Bernardo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

96012009502

DATA DE
EXPEDIÇÃO

09/01/2015

NOME

VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

FILIAÇÃO

ANTONIO REBOUÇAS SILVA DE OLIVEIRA

MARIA ALZENIR SILVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO

01/12/1972

DOC. ORDEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 3 ZONA TERMO: 48199 FOLHA: 109

LIVRO: 8.109 FORTALEZA - CE

CPF 400.493.373-00

2 VTA

Veridiana Silva de Oliveira
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 4

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200139598 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO 1º, 2º, 3º DEDOS DO PÉ DIREITO. PG. 6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ?

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL/ ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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 DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

1633407995

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1633407995

PROIBIDO PLASTIFICAR

1633407995

CEARA

CPF: 028.685.085-02

DATA DE NASCIMENTO: 12/07/1988

LOCAL: FORTALEZA, CE

DATA DE EMISSÃO: 14/03/2018

05859047550

CE143540170

CPF: 028.685.085-02

Contato: alexandiane

(085) 9.8900-4595.



DECLARAÇÃO

Ato Declaratório



192

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Carolina Nicacia dos Santos** - C.P.F. - **028.685.085-02**, no dia **06/01/2020**, às **16h56min**, na **Avenida Sargento Herminio Sampaio com Rua Virgílio Brigido**, no **Bairro Presidente Kennedy**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P039040/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Natureza da Ocorrência & Data); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Carolina Nicacia dos Santos) e Natureza da Ocorrência (Colisão Carro x Moto) e Data (06/01/2020).

Fortaleza, 23 de Janeiro de 2020.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. - SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-039040/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 08	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0623
DATA: 02/01/2020	TURNO: NT	EQUIPE: Almeida / Raimundo / Luis
NOME: Caroline Maria dos Santos	IDADE: 30	SEXO: F
ENDEREÇO:		
REFERÊNCIA: Av. Sargento Heurimiro / Vinte e Nove	BAIRRO: Presidente Kennedy	
QTY: 16:51	QUS: 16:56	QUY: 17:20
QUU: 18:17		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão x moto #20		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☒ AUSENTE	☐ AUSENTE
☒ PERVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	
POR:		

B RESPIRATÓRIO	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☒ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICO/AUSENTE			

C CIRCULATÓRIO	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRACICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		

D NEUROLÓGICO	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6	
	A VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
	A DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETRADA ☐ 4	

E EXAME FÍSICO	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Rua Efigênia Sampaio 380 Presidente Kennedy 9-91001815	

SAMPLA

77	PA: 170 x 70	FR: 18	GLIC.: —	OXIM.: 94	TEMP.: —
----	--------------	--------	----------	-----------	----------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

Gasto: 3 pares de luvas
2 máscaras descartáveis

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão carro x moto, piloto, com cinto
apertado, apresentando ferimentos no pé direito, nos
dedos 1º, 2º e 3º, realizado curativo.

ASS. / COREN

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Maria Rael
Téc. Emergência
COREN-CE Nº 02

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE

☐ LIBERADO

☐ OUTRO

☐ RECUSA

☐ NO LOCAL

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG.

PACIENTE ACOMPANHADO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO UNIDADE DESTINO:

Kassy V. de Araújo
Médico
L. 10.000.000

EM: 06/01/2020

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

ASS.:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898005929850854 Admissão: 06/01/2020 17:35
 Nome: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS
 Pront.: 5652174 Data Nasc.: 12/07/1988 Idade: 31 ano(s) 6 mes(es) e 8 dia(s) Tel.: 85 99100-1815
 Mãe: MARIA NICACIA DE SOUZA SANTOS
 Sexo: Feminino RG: 1162559942 Município: FORTALEZA
 CEP 60355260 Bairro: PRESIDENTE KENNEDY
 Endereço: RUA PADRE ALZIR SAMPAIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 06/01/2020 17:40
 Queixa: vítima de colisão moto x carro evolui com dor em quadril, orientado

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: DOR MODERADA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES CRM: 175063 Nº: 591910 Horário 06/01/2020 19:49

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Exo: PROCEDIMENTO

Hipótese Diagnóstico: DOR EM MEMBRO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

MOTOCICLISTA COM RELATO DE COLISÃO COM CARRO COM DOR EM PÉ DIREITO E COLUNA LOMBAR E
 ESCORIAÇÕES EM ANTE PÉ D. SOLICITO RADIOGRAFIA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 06/01/2020 22:19

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
06/01/2020 17:40	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

06/01/2020 01:20:20
 51022
 [Assinatura]

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898005929850854 Admissão: 06/01/2020 17:35
 Nome: CAROLINA NICÁCIA DOS SANTOS
 Pront.: 5652174 Data Nasc.: 12/07/1988 Idade: 31 ano(s) 6 mes(es) e 8 dia(s) Tel.: 85 99100-1815
 Mãe: MARIA NICÁCIA DE SOUZÁ SANTOS
 Sexo: Feminino RG: 1162559942 Município: FORTALEZA
 CEP 60355260 Bairro: PRESIDENTE KENNEDY
 Endereço: RUA PADRE ALZIR SAMPAIO

PRESCRIÇÃO

Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES CRM 10184 06/01/20 21:02

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H	
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR NA 1ª, 2ª FASE(S) 500 ML </BR> FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / INFUSÃO CONTÍNUA	
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 26 dia(s)

Sexo: Feminino

Pront.: 5652174

Endereço: RUA PADRE ALZIR SAMPAIO

Bairro: PRESIDENTE KENNEDY

Num: 330

CEP: 60355260

UF: CEARA

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clínica: BLOCO CIRÚRGICO

Enfermaria: SR DO CC EXT

Leito: 5

Internação 06/01/2020

01:06

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DE PÉ DIREITO

Exames Realizados

RX + EXAME FÍSICO

Terapêutica Utilizada

TTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S923	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
Não	S92	FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO)
Não	S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 07/01/2020

Observações Complementares

AGENDAR RETORNO PARA DR JOSAFÁ

RX ANTIBIOTICO

ANALGESIA

NÃO PISAR

Responsável

Médico: MARIA DA GLORIA CARNEIRO MENEZES

Data: 07/01/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020539	Urgência	06/01/2020 23:40	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METACARPO-FALANGIANA	MAURO PARAIBA CAVALCANTI

Dra. M. da Glória C. Menezes
Anestesiologista
CRM - CE 13092

Paciente: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

Idade: 37 anos(s) 5 mes(es) e 26 dia(s)

Sexo: Feminino

Pront.: 5652174

Endereço: RUA PADRE ALZIR SAMPAIO

Bairro: PRESIDENTE KENNEDY

Num: 330

CEP: 60355260

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: BLOCO CIRÚRGICO

Enfermaria: SR DO CC EXT

Leito: 5

Internação: 06/01/2020

01:06

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

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 09 | Central 1700 000 000 (24h)

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 SUSEP 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.

Em caso de fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, cobrado, por determinação da autoridade civil, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA VITÁRIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSARCIMENTO. 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 SUJEITAS PRESTADAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo presente, eu Veridiana Sfr de Oliveira Bernardo,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 400.493.373 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Carolina Nicácio dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.685.085-02,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Carolina Nicácio dos Santos,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.685.085 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12,
declaro profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Não apresento

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>Rua: 1034</u>	Número: <u>46</u>	Complemento: <u>h2 stopa</u>
Bairro: <u>Long. Ce</u>	Cidade: <u>Fontaleza</u>	Estado: <u>Ce</u>
E-mail: <u>Veridianabernardo@hotmail.com</u>		Tel.(DDD) <u>(085) 9.8900.4595</u>

Local e Data:

Fontaleza,

Veridiana Sfr de Oliveira Bernardo
Assinatura do Declarante

DADOS DO CLIENTE
Nome: JOSE BERNARDO NETO

End. Leitura: RUA 1034, 45, CONJUNTO CEARA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60532-770

End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 **Sector:** 048 **Quadra:** 0032 **Lote:** 0181 **Categoria:** 0000
Subsector: 00 **Subquadra:** 00

RECONHECIMENTO
Reconhecimento: 001 **Categoria:** 000 **Industria:** 000 **Potência:** 000

DEMONSTRAÇÃO SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumenidade	Média Semestral (m³)
ÁGUA	AQB405237	654	662	8	3

DATAS
Leitura Real: 16/12/2019 **Anterior:** 16/12/2019 **Leitura Água:** 3467491
Leitura Anterior: 16/11/2019 **Próxima Leitura:** 16/01/2020 **Leitura Sólidos:**
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº da Amostra	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Bactérias Coli
Exigência	526	526	125	526	526
Análise	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENTAÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

Evite incêndios. Regularize-se junto ao Corpo de Bombeiros.

DEMONSTRAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	Mês/Ano	Água (m³)	Exigência (m³)
ÁGUA	40,30	fev/19	3	2
ESGOTO	35,68	mar/19	2	1
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,13	abr/19	1	0
MULTA DE 2%	1,52	mai/19	0	17
		jun/19	4	3
		ago/19	5	4
		set/19	5	4
		out/19	4	3
		nov/19	4	3

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,74	VALOR DO SERVIÇO	78,43
COFINS	3,71	VALOR DO SUBSIDIO	0,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	77,63

MÊS/ANO:

12/2019

VENCIMENTO:

07/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$):

77,63

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 358318077548364 L: 0249 H: 10:43:12 R: 107 P: 001

Banco Bradesco S.A. - Agência: 0001, Banco do Brasil S.A. - Agência: 0001, Caixa Econômica Federal - Agência: 0001, Outros: 0001. A Cagece disponibiliza o serviço de depósito em conta de sua fatura. Abaixo há este serviço. Consulte sua agência.

Cagece
 0800 278 0195

Cagece
 MODULO

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFON - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 0191. 1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.

 6
 consumidor
 É seu. E não apenas
 155
 Ouvidoria
 0800 275 3838

DADOS DO CLIENTE

358318077548364 - 0249

Código: 003121909

Código de Responsável:
Mês: 12/2019

Local: 001 **Sector:** 048 **Quadra:** 0032 **Lote:** 0181 **Categoria:** 0000
Subsector: 00 **Subquadra:** 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 07/01/2020

Total (R\$): 77,63

82640000000 4 77630009400 5 00312190901 8 09001222015 9



047727940

Esta é a sua conta de
01/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome: CAROLINA FREIXEIRA DOS SANTOS

Nº DO CLIENTE	39556436
---------------	----------

Endereço: RU PDE ALZIR DAMPAVO 00300-000
00355-260 FORTALEZA PRESIDENTE KENNEDY
Classificação: Residencial Plano

VERGEMENTO
20/02/2020

Mortgagee Taxable 01 RESIDENCIAL CONV

TOTAL A PAGAR (R\$)	107,43
---------------------	--------

MONOFASICO

9551031-ELF-IMG - PDF13K/16

CPT / CNPJ
009.885.035/0001-01

21/01/2020

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
1521 1002 C15E C410 FFI02 D114 80AG 8007

DATAS DE LETURA

26/12/2019 21:01:29 Page 10/10

GRADUO DA MEDICAO[illegible]

DESCRIÇÃO DA CONTA

with a red flag that says:
"Warning!"

Chen et al.

Tartar

doi:10.1017/S0022292414000097

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

INSUSOER DE CO, (ag/WH) Compensar suas atividades
pelo consumo de energia elétrica.

Enzima	Concentração	Condições Enzimáticas
mg (CO ₂)	mg (CO ₂)	(%CO ₂)

18 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>

Tissue	Base (ppb)	Response (%)	mean (ppb)
PM2.5ADP	95.59	0.4160	1.44
COFINE	95.59	1.1960	1.72
CSM	95.59	27.00	36.00

AT THE HEAD

DÉBITOS ANTERIORES

Model/Param	Value/Fit
Model	1
Param	1
Value	1
Fit	1

12/2019	106.23
12/2019	106.23

INDICACIONES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif. Amarela: 21/12 - 21/01 SE VOCÊ RECEBER DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 2X SEM JUROS. CASO NUNCA A FATURA EM AGUO INDIQUEMOS A OPÇÃO, ENTÃO

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:

028.685.085-02 Carolina Nicácia dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Carolina Nicácia dos Santos 028.685.085-02

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Moto Boy Rua: Padre Alzir Sampaio 330 apto 08

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Presidente Kennedy Fontaleza Ce 60.355-260

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Veridiana.bernardo@hotmail.com (85) 9.8900.4595

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\$1.501,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4551 CONTA: 6137 3

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (valrazor)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza,

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:

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: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascer (ou nascido)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Fontalzeza,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 420 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2020 15:58:42**
Data / Hora da Ocorrência: **06/01/2020 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SARGENTO HERMINIO SAMPAIO, PRESIDENTE KENNEDY - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CAROLINA NICACIA DOS SANTOS**
Nascimento: **12/07/1988** CPF: **028.685.085-02**
RG: **1162559942** Orgão Emissor: **SSP** UF: **BA**
Filiação: **MARIA NICACIA DE SOUZA SANTOS**
ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: **AVENIDA SARGENTO HERMINIO SAMPAIO, 2755**
Bairro: **CONDOMINIO AURORA**
PRESIDENTE KENNEDY
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9100-3815**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQM2643** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC41209R051451 Renavam: **135773482** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **AMANDA CARVALHO ROSENDO PESSOA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 06 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 15H00, TRAFEGAVA PELA AVENIDA SARGENTO HERMINIO SAMPAIO SENTIDO CENTRO, NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ES, PLACA NQM2643, QUANDO UM CELTA PRATA, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR, ENTROU NA VIA SEM AS DEVIDAS OBSERVAÇÕES; QUE, QUANDO A DECLARANTE AVISTOU O VEICULO, TENTOU FREAR, MAS, DEVIDO A PROXIMIDADE, NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO; QUE VEIO A SOLO, SENDO ARREMESSADA PARA A RUA VIRGILIO BRÍGIDO, FRATURANDO QUATRO DEDOS DO PE DIREITO; QUE O AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL, VINDO A ACIONAR O SAMU, O QUAL LEVOU-LHE PARA O HOSPITAL INSTITUTO JOSE FROTA E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT: 162731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Compilado em: 12/02/2020 16:10:34

Pág. 1 de 2

Impressão em: 12/02/2020 16:10:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020128577



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 420 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MCS
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200139598

Vítima: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004551

Conta: 000006117-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200139598

Vítima: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

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