



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01332146-3** em **16/07/2020 11:31:24**.
- 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** : 0235644-77.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01332146-3  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 16/07/2020 11:31:24

### 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\*** : 2734602\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2734602\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-16.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: 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: 3034  
nº 46, bairro: Conj. Pecara, município: Fortaleza 1. Ce

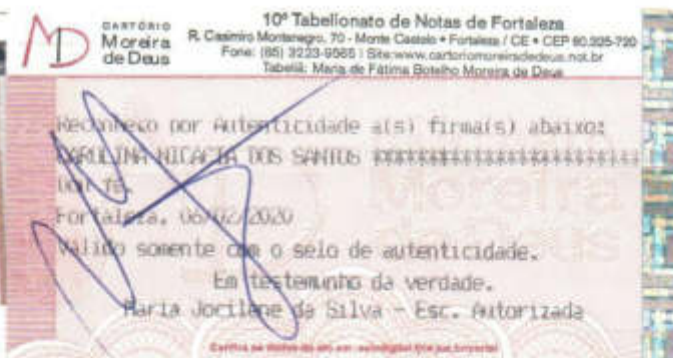
**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido 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



### 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](http://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 MICACIA 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



P-039040/2020

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 08	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0623
DATA: 02/01/2020	TURNO: AM	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)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	
POR:		

B RESPIRATÓRIO	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
	<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
	<input type="checkbox"/> AGÔNICO/AUSENTE			

C CIRCULATÓRIO	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRACICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		

D NEUROLÓGICO	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6	
	A VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5	
	A DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETRADA <input type="checkbox"/> 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 Brito  
Médico  
LAECE 036

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.:

Eixo: 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](http://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.

Embora não forneça as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por não constar da indenização, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Lei nº 9.663/98, de 29 de dezembro de 1998, que institui o Sistema Nacional de Seguros Privados - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA VIGILADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGOTO. <sup>2</sup> 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 9.663/98.

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:**
**Lote:** 001

**Sector:** 048

**Quadra:** 0032

**Lote:** 0181

**Cum:** 0000

**RECORRIDOS**
**Recebido:** 001

**Cancion:** 000

**Industria:** 000

**Nota:** 000

**DEMONSTRAÇÃO SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	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 Sólido:**
**QUALIDADE DA AGUA 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	Agua (m³)	Exigência (m³)
AGUA	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	maí/19	0	17
		Jul/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 o endereço para depósito em nome da Cagece.

**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  
consulter o site  
E não. E não. Por favor  
155  
Ouvidoria

**DADOS DO CLIENTE**
**358318077548364 - 0249**
**Inscrição:** 003121909

**Código de Responsável:**
**Mês:** 12/2019

**Lote:** 001

**Sector:** 048

**Quadra:** 0032

**Lote:** 0181

**Cum:** 0000

**Cidade:** FORTALEZA

**Vencimento:** 07/01/2020

**Total (R\$):**

77,63





047727946  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valsévito, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CNPJ: 07.047.251/0001-70 | OGF: 06.195.645-0

Esta é a sua conta de  
01/2020

CPF DO CLIENTE
39556436
VENCIMENTO
20/02/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
107,43
DATA LIMITE
21/01/2020

#### DADOS DO CLIENTE

Nome: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS  
Endereço: RUA POE ALZIR DAMPAVO 00200 AP 05  
00205-200 FORTALEZA PRESIDENTE KENNEDY  
Classificação: Residência Plano  
Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.  
Ligação: MONOFÁSICO  
Medidor: 5951031-ELE 820 - POF13/16

CPF / CNPJ  
028.585.035-02

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL  
15E1.1632.015E.0410.FF10.1314.89A0.3607

#### DATAS DE LETURA

A partir de 20/12/2019 Até 21/01/2020 Próxima leitura 20/02/2020

#### DADOS DA MEDIÇÃO

Medição	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Tarifa	Valor
Anterior	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Anterior	Mês (kWh)	Anterior	Mês (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
0000	2011,00	2045,00	34,00	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,74752	94,23

#### DESCRIÇÃO DA CORTA

CPF - 39556436  
CPF - 39556436  
CPF - 39556436

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
100	0,74752	74,75
100	0,74752	74,75

#### CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Medição	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Consumo	Letura	Tarifa	Valor
Anterior	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Anterior	Mês (kWh)	Anterior	Mês (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
0000	2011,00	2045,00	34,00	5,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,74752	94,23

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Companhia não emite dados  
por consumo de energia elétrica.  
Emissão: Compensação: Carbono Zero  
kg CO<sub>2</sub> kg CO<sub>2</sub> kg CO<sub>2</sub>

Taxa	Valor (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
POSTAGEM	0,50	0,4160	0,21
GOFIO	0,50	1,7850	0,89
ICMS	0,50	21,00	10,50

ATENÇÃO	DEBITOS ANTERIORES	
	Mês/Vto	Valor R\$
	12/2019	106,23
		106,23

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: 01/01/2020 - 31/12/2020. SE VOCÊ RECEBER DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MES TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 2X SEM JUROS. CLIQUE EM "PARCELAR" PARA SABER MAIS SOBRE A OPÇÃO DE PARCELAR.



# 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 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) ☐ 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val 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

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)





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](http://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