

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E 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: 00000006117-3

---

Nr. da Autenticação 632C66F7DB898DFB

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: Carolina Nicácia 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 Alzir Sampaio 08  
nº 330, bairro: Presidente Kennedy, município: Fortaleza Ce

## OUTORGADO:

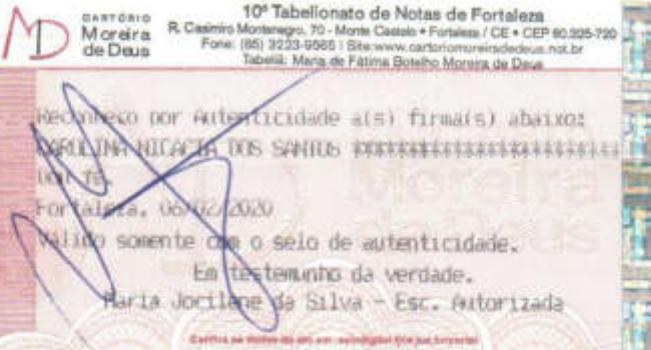
Nome: Jocilene Silva de Oliveira Bernardo brasileiro(a), estado civil: Casada  
Profissão: Submámc, portador(a) do RG 96032008502, órgão expedidor SSP-Ce  
e do CPF 400.493.373-00 residente no(a) Rua: 3034  
nº 46, bairro: Bry. Recreio, município: Fortaleza Ce

**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 Nicácia dos Santos CPF 028.685.085-02 data do acidente: 06/01/2020 Cobertura: Invalidez

Local e data: Fortaleza, 06/01/2020

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão 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

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

TESTEMUNHAS  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108994/20

**Vítima:** CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

**CPF:** 028.685.085-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/01/2020

**Titular do CPF:** CAROLINA NICACIA DOS SANTOS

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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, Sf. de Oliveira Bernardo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

00000000000000000000000000000000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

96012008502

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. ORIGEM

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

LIVRO:8;109 FORTALEZA - CE

CFP 400.493.373-00

Assinatura do Diretor

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

2 VTA

P.: 4

# 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

Valorização 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: RAIO 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



CPF: 028.685.085-02

Pontato: Aeridiane

(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 Brígido**, 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 -  
Cen. / SAME / SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

**Mauricio Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

P-039040/2020

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEHICULO: 01	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0623
DATA: 02/01/20	TURNO: MT	EQUIPE: Emerson / Renan / Luis
NOME: Caroline Mariana dos Santos	IDADE: 30	SEXO: F
ENDERECO:		

REFERÊNCIA: AV. Sargento Kleberino / Vila do bairro  
 QTY: 16:51 QUS: 16:56 QUW: 12:20 QUU: 18:17  
 BAIRRO: Presidente Kennedy

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão x moto FT: 20

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
		POR:	

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			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCARDÍCO	<input type="checkbox"/> CHEJO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAGUCARDÍCO	<input type="checkbox"/> FLUIFORME	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICARDÍCO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	
LOCAL:	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> < 2 seg	
	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> > 2 seg	
	<input type="checkbox"/> FRÍA		

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRIR (P)	<input type="checkbox"/> 8
AVOID <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	<input type="checkbox"/> 4
A DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)	<input type="checkbox"/> 3
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)	<input type="checkbox"/> 2
TOTAL: 15	NENHUMA	<input type="checkbox"/> 1
OBEDIENCE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 8		
LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5		
MOVIMENTO DE RETRADA <input type="checkbox"/> 4		
FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3		
EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2		
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1		

PUPILAS:  NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
 ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		 
Rua Edésio Sampayo 380 Presidente Kennedy 9-9100-1815		

## SAMPLA

PP: 77 PA: 110x70 FR: 18 GLIC.: — OXIM.: 94 TEMP.: —

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

Gasto: 3 pares de luvas  
2 máscaras descartável

## ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

## ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão entre x-moto, piloto, e carro, na Fada, apresentando fratura no pé direito, nos pododactilo 1º, 2º e 3º, nárizado curativo.

ASS. /COREN:

## ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

  
 Maria da Penha  
 COREN-CE 482.02

ASS.:

## DESTINO DO PACIENTE

BOLETIM EMERG:

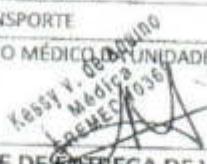
- UNIDADE DE SAÚDE: *Ff Re*  
 LIBERADO  RECUSA  REMOVIDO POR TERCEIROS  OUTRO:  
 OITO  NO LOCAL  DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO  
 ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DE UNIDADE DESTINO:

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

EM: 06/01/2020



ASS. DO 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
06/01/2022	17:40	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO DENISE SALES ARACANJO

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
06/01/2022	01 2020 51022	

**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 NICACIA DE SOUZA 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**

Clinica: 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 CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDO DO PE 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 PE (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

 Dr. M. da Glória C. Menezes  
 Anestesiologista  
 CRM - CE 1232

Maria da CÁRBONIA NICACIA DOS SANTOS

Entrega: 23 mes(es) a 6 mes(es) e 26 dia(s)

**Sexo: Feminino**

Prono.: 5652174

Plano: 3º andar 3 mes(es) e 20 dia(s)

Bairro: PRESIDENTE KENNEDY

Endereço: R. PADRE ALZIR SAI

ME: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

4-2020-0011

Clinica: BLOCO CIRÚRGICO Enfermaria: SR DO CC EXT Leito: 5  
internação 06/01/2020 01:06 Alta: \* Não Informado \* Não Informado

Aenciamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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 06 | Central de Atendimento: 0800 022 12 04

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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, censivel, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

• Recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, entretanto, para descontaminação da referida circular, essa recusa é passível de comunicação ao COAF.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SUCESSORA DA SUSEP DE SEGUROS PROVADAS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PROVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESSIGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TERR POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Zeridiana Sf de Oliveira Bernardo,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 400.493.373 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carolina Nicacia dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.685.085-02

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carolina Nicacia dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.685.085 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Causa de Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios

X Recuso e 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>Rua: 1034</u>	Número: <u>46</u>	Complemento: <u>12 etapa</u>
Bairro: <u>Long. Cc</u>	Cidade: <u>Fontaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>62.800-000</u>	Tel.(DDD): <u>(085) 9.8900.4595</u>	

Lugar e Data:

Fontaleza,

Zeridiana Sf de Oliveira Bernardo.

Assinatura do Declarante



Esta é a sua conta de  
01/2020

**Companhia Energética do Ceará**  
Av. Pedro Valentim, 190, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
(85) 307-6472-2510000-70 | (85) 30-105-8400

## DADOS DO CLIENTE

**RESUMO** CAHOLINA TRICASIA DOS SANTOS

Esta é a sua conta de  
01/2020

39556436

VENCIMIENTO  
20/02/2020

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**107,43**  
**DATA DE VENCIMENTO**  
**21/01/2020**

quadro da mineração

DESCRICAO DA CONTA

Country	Population	Mean age	Median age	Age structure	Median age by sex	Estimated median age by sex
China	1343.2 million	36.46	34.86	0-14 years: 22.7% 15-24 years: 13.4% 25-59 years: 48.5% 60+ years: 15.4%	36.46	34.86
India	1251.2 million	31.66	29.76	0-14 years: 29.4% 15-24 years: 15.2% 25-59 years: 46.3% 60+ years: 9.1%	31.66	29.76
United States	327.7 million	37.5	37.0	0-14 years: 24.0% 15-24 years: 12.4% 25-59 years: 43.2% 60+ years: 18.4%	37.5	37.0
Japan	126.4 million	41.8	40.0	0-14 years: 14.0% 15-24 years: 10.0% 25-59 years: 48.0% 60+ years: 28.0%	41.8	40.0

CRÉDITO EM ENERGIA (WWS)

SISTEMAS DE CONSUMO DE AGUA EN LA CIUDAD DE MÉXICO



#### **CONSUMO CONSCIENTE**

**EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)** Companhia possui certificação  
para fornecimento de energia elétrica.

Título	Base (R\$)	Adaptação (%)	Valor (R\$)	ATUALIZAÇÃO	DEBITOS ANTERIORES
PROFESSOR	98,39	-0,4160	98,46		
OPRFIRE	98,39	-1,2860	97,12		
ICMS	98,39	-27,00	96,49		
				Mes/Ano	Valor R\$
				12/2019	104,23

THEODORE ROOSEVELT

Paredes, Brand, Tant, Armenia - 20/12/2011 SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PAGAR EM 2X SEM JUROS, FAÇA A ESTIMATIVA AGORA! ACERVO INDEFINIDO A 20/12/2011

# 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 ASU:

3 - CPF da vítima:

**028.685.085-02** Carolina Nicacia dos Santos

- Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

**Carolina Nicacia dos Santos.**

6 - CPF:

**028.685.085-02**

7 - Profissão:

**Moto Boy**

8 - Endereço:

**Rua: Padre Alzir Sampaio**

9 - Número:

**330**

10 - Complemento:

**apto 08**

11 - Bairro:

**Presidente Kennedy**

12 - Cidade:

**Fontalegre**

13 - Estado:

**CE**

14 - CEP:

**60.355-260**

15 - E-mail:

**Verusianabernardo@hotmaile.com**

16 - Tel. (DDD):

**(683) 9.8900.4595**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4551**

CONTA: **6137**

**3**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

## 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 Lider 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 - Círculo Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Não

Vivos:

Vivos

Falecidos

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha:

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

40 - Local e Data,

**Fontalegre,**

\***Padre Alzir Sampaio**

**Fontalegre, Ceará, 01 de Julho de 2015**

**Carolina Nicacia dos Santos**

# 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: 028.685.085-02 4 - Nome completo da vítima: *Carolina Nicacia dos Santos*

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

5 - Nome completo:	<i>Carolina Nicacia dos Santos.</i>		6 - CPF:	028.685.085-02	
7 - Profissão:	Moto Boy	8 - Endereço:	Rua: Padre Alzir Sampaio	9 - Número:	330
11 - Bairro:	Presidente Kennedy	12 - Cidade:	Fontalegre	13 - Estado:	CE
15 - E-mail:	<i>Veridianabernardo@hotmail.com</i>		14 - CEP:	60.355-260	
			16 - Tel (DDD):	(085) 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **4551**

CONTA: **.6157** (3)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*Fontalegre, 10 de outubro de 2012*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Veridiana Bernardo de Oliveira Bernardi*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 HERMÍNIO 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 PERMANECIU 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:

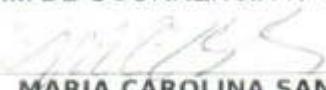


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020128577



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 420 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 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

