PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3° DEDO DO PÉ DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO 3° DEDO DO PÉ DIREITO E DANO GRAVE DO 4° E 5° DEDO DO PÉ DIREITO.
POR INTERCORRÊNCIA DO SIS DPVAT, O ENQUADRAMENTO DO 4° E 5° DEDO DO PÉ ESTA SENDO REALIZADO EM DANO ANATÔMICO COM 75°.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R$ 2.025,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 25 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # (ABA OUTROS) SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA 10/01/2020 INDENIZADA POR AMD EM APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 15 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**7,5 %**	**R$ 1.012,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000695/20

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do acidente: 21/09/2019

CPF: 616.823.803-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

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

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA : 616.823.803-43

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 02/01/2020	Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 671.604.173-72	CPF: 063.066.023-99
JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3_CIRURGIA.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 3_CIRURGIA.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000530 **Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000530 **Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **104**
Agência: **000003466**
Conta: **0000025687-5**
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

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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000530 **Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 1.012,50

Recebedor: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000003466**
Conta: **0000025687-5**
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.

Seguradora LÍDER

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: 61682380343

4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa

6 - CPF: 61682380343

7 - Profissão: Desempregado

8 - Endereço: R. Pedro (B/01-AP04)

9 - Número: 101

10 - Complemento: Cidade JD.

11 - Bairro: Pref. José Walter

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60748022

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 984552525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3466 (informar o dígito se existir) CONTA: 25687 5 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 prévio concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 neto(a) (sucessor)? ☐ 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 devido, 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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 28/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000530
Nome do(a) Examinado(a): Alexsandro de Sousa Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cedro 101, S/N Bl 01 Ap 04 Cidade Jd 1
Pref Jose Walter Fortaleza CE CEP: 60766-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2229868
Data local do acidente: [21/09/2019]
Data local do exame: [02/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 21/12/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019920495

POLÍCIA CIVIL DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO CEARÁ
FLS _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL 1 AP 4**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2MC35002R031869** Renavam: **780175522** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA, E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : ALEXSANDRA A. DE SOUZA BARBOSA

VISTO DO DELEGADO(A) :
Del. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699
EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Seguradora LÍDER

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: 61682380343

4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa

6 - CPF: 61682380343

7 - Profissão: Desempregado

8 - Endereço: R. Pedro (B/01-AP04)

9 - Número: 101

10 - Complemento: Cidade JD.

11 - Bairro: Pref. José Walter

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60748022

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 984552525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3466 (informar o dígito se existir) CONTA: 25687 5 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 prévio concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 neto(a) (sucessor)? ☐ 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 devido, 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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 28/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação 78B2C5A1645D3532

2º Via

Cagece — Governo do Estado do Ceará

Nº de Inscrição: 001049430B

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

End. Leitura: RUA CEDRO - CIDADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID.JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER

Cidade: FORTALEZA — CEP: 60.740-022

End. Entrega:

Cidade: — CEP:

Local: 001 — Setor: 059 — Quadra: 0057 — Lote: 0100 — Compl: 0004

Subsetor: — Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Hidômetro	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semanal(m³)
AGUA	A13L265292	416	425	9	10

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019 — Emissão: 03/12/2019 — Leitura Água: 1584135

Leitura Anterior: 04/11/2019 — Próxima Leitura: 02/01/2020 — Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	528	528	126	525	526
Analisadas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 5 m3 | META: 10 m3.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R$)
AGUA		28,30
ESGOTO		22,64
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,52
CREDITO-PAG./LANÇAMENTO	1/1	-24,94
JUROS/MULTA TARIFA CONTINGENCIA	1/1	0,05

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
OUT/2019	11	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
12/2019	16/12/2019	26,57

CODE ÁGUA E ESGOTO FATURA

[redacted]

CAGECE Central de Atendimento 0800 275 0195

155 Serviços Públicos

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 0101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 153. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - 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 5818.

Cagece — Governo do Estado do Ceará — **Fatura Mensal** Guarde-a em seu estabelecimento

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 001049430B — Código de Responsável: — Mês/Ano: 12/2019

Local: 001 — Setor: 59 — Quadra: 0057 — Lote: 0100 — Compl: 0004

Subsetor: — Subquadra:

Cidade: FORTALEZA — Vencimento: 16/12/2019 — Total(R$): 26,57

82670000000-1 26570009600-0 01049430800-9 02000131025-7

EMISSÃO : LOJA CONJUNTO JOSE WALTER 03/12/2019 16:10:08

826000000000-8 28300009700-8 01072900301-1 04004422015-6

Cagece

Fatura Mensal

Av. Louro Vieira Olinda, 1000 – Vila Velha – Fortaleza-CE | CEP: 60179-081
CNPJ: 07040109/0001-02 | CGF: 00318206-1 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.br

CDD JOSE WALTER DE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
60.761-445 FORTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir, dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

Inscrição	Local	Setor	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000221

ECONOMIAS				SITUAÇÃO	
Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

ISO 9001

Parâmetro	Turbidez (UT)	pH	Cor (UH)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/E.Coli
Padrão de Portaria	5,0	6,0 a 9,5	15	Min. 0,2	*	Ausente

* Sistemas que analisam 40 ou mais amostras / mês: ausência em 95% das amostras analisadas.
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.

Conheça os Parâmetros

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.
pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.
Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.
Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.
Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.
Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).
Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.
OBSERVAÇÃO: Detectadas anomalias, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73º – ARCE e Resolução 02, Art. 4º,§1,I,e – ACFOR)
Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919
Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 653 3838
Maiores Informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h, ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme Resolução 130, art. 73º, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.

☐ LIGAÇÃO CORTADA ☐ LIGAÇÃO INEXISTENTE ☐ Nº PMOV. NÃO LOCALIZADO
☐ IMÓVEL DEMOLIDO ☐ ENDEREÇO INCONVENIENTE ☐ NOME USUÁRIO ERRADO
☐ CASA FECHADA ☐ RECUSOU-SE A RECEBER

BRASIL RS

19.12.13

Seguradora LÍDER

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

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

Pelo exposto, eu JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 671604173,72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexsandro de S. Barbosa Inscrito (a) no CPF sob o Nº 61682380343

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexsandro de S. Barbosa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 61682380343, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: R. Diamante		Número: 47	Complemento: Pelo Gingel
Bairro: Mondubim	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60761445
E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com			Tel.(DDD): (85) 988094189

Local e Data: Fortaleza 28/12/19

João Batista de Lima Neto

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Nº DO PRONTUÁRIO: 5161297
Nº DO BC: 372115
CASSUS:
NASCIMENTO: 07/06/1998(21 ANOS)
SEXO: M
RAÇA/COR: PARDO
DOCUMENTOS: CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61682380343
NOME MÃE: MARIA DAS GRACAS DE SOUSA
NOME RESPONSÁVEL: NI
ENDEREÇO: RUA CEDRO BLO 01 AP 04 CONDOMINIO 01 JOSE WALTER
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
CONTATO:
CEP: 60.748-030

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO.
MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA
SINTOMAS: FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO: NI KG
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SAT O2: NI%
PULSO: NI
GLICEMIA: NI
TEMPERATURA: NI °C
ALERGIAS: NEGA
CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 21/09/2019 04:05:40

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: [illegible]

DIAGNÓSTICO: [illegible]
CÓD PROCEDIMENTO: [illegible]

EXAME SOLICITADO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL (X) TC CRANIO ( ) RAIO-X _____ ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL.

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Impresso por delana barbosa ferreira costa em 21/09/2019 04:05:40
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03/12/19

SUS — Ministério da Saúde — Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HDEBO
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HDEBO
4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Alexandre de Jesus Barbosa
6 - Nº PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DO NASCIMENTO: 01/06/1998
9 - SEXO: M
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DAS GRAÇAS DE SOUSA
DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO:
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - COD. IBGE MUNIC:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente, 21a, vítima de acidente de moto [illegible] com Fx Exposta de [illegible] Direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessita de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): Rx + Fx Aberta

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fx Exposta [illegible] (D)
21 - CID 10 PRINCIPAL: S923
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução cirúrgica [illegible] (D)
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Ortopedia
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: CNS ☐ CPF ☐
29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL QUE REALIZA A CIRURGIA: [illegible]
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dra. Maria [illegible]
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/09/19
32 - ASSINATURA CARIMBO DO SOLICITANTE (NÚMERO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ DA EMPRESA:
40 - CAUSE EMPRESA:
41 - CNDR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: CNS ☐ CPF ☐
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:
47 - DATA DO DOCUMENTO:
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

03/12/19

Gráf.HDEBO-SAMS-AIH-005

REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: Alexandre de Jesus Barbosa

DATA OPERAÇÃO: 14 / 09 / 19 | ENFERMARIA: | LEITO:

1º AUXILIAR: | 4º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: | 3º AUXILIAR: | INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: | TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX [illegible] (D)

TIPO DE OPERAÇÃO: Limpeza cirúrgica + [illegible] 3º PDD / FK

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: [illegible]

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

(1) Incisão em DDM até [illegible] / Limpeza com [illegible]
(2) ATA
(3) Limpeza cirúrgica [illegible]
(4) Osteossíntese [illegible] de [illegible] com [illegible]
(5) Fixação com [illegible] com 3º PDD
(6) Sutura por planos
(7) c. SSD

Dr. Bruno [illegible]
[illegible]

03 / 12 / 19

Gráf.HIDETO-SAME-Desc.Oper-I03

PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomás Cavalcante, 1570 - CNPJ: 04.899.197/0001-45 - Messejana - CEP: 61.760-000

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: [illegible]

Fratura metat[illegible]

Justificativa: [illegible]

Gestão HDEMO - Maio/2019

Uso Exclusivo do HDEMO - Mod.02/01

Leon[illegible] Pierre Quental
Cirurgião do Pé e Tornozelo
CRM 9144 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 2019

Carimbo do Profissional

PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Cavalcante, 1572 - CNPJ: 58.536.197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105 1588

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Alexandre de Sousa Barbosa

Paciente em reabilitação de fratura do antebraço ainda com consolidação completa. Segue necessitando de afastamento do trabalho

S92.3

Gráfica HDEDO - Messejana

Hospital Distrital do HDEDO - Messejana

Leonardo Pierre Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 2019.

Assinatura e Carimbo do Profissional

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1576 - CNPJ: 04.895.197/0012-20 - Messejana - 85 - 3105.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Francisco Souza Saboia

1/ Retorno 08/10/19 6h00

2/ Sandália Aguda

15/10 6h00

Fortaleza, 01 de 10 20 19

Leonardo Pierre Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4536

Assinatura e Carimbo do Profissional

Instituto IPSEM Messejana

Coordenadoria de Atendimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CNH

NOME
ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2229868 SSP CE

CPF
616.023.803-43

DATA NASCIMENTO
07/06/1998

FILIAÇÃO
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUSA

PERMISSÃO [redacted]

ACC [redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
07056778730

VALIDADE
16/11/2023

1ª HABILITAÇÃO
11/06/2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
18381399995

OBSERVAÇÕES
EAR.

Alexsandro de Sousa Barbosa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
12/09/2019

NOME DO ÓRGÃO EMISSOR
ASSINATURA DO EMISSOR

03535428845
CE172384354

PROIBIDO PLASTIFICAR
18381399995

[redacted] CEARÁ [redacted]

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
135.46427.19-9

NÚMERO	SÉRIE	UF
9980170	001-0	CE

João Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

20/09/1985
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: RAIMUNDO CESAR LIMA
LUCIA DE FATIMA DE SOUZA LIMA

DOC. APRESENTADO:
CN 79502 FLS 288 LV A67 CART DO REG CIVIL

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995.

T. ELEITOR: 055728180795 SEÇÃO: 186 ZONA: 117

CPF: 671.604.173-72

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CASA DO CIDADÃO DIOGO
EMISSÃO: 02/02/2006

ASSINATURA DO TITULAR

03

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOVO NOME: _____

DATA DE NASC. DE ___/___/___ PARA ___/___/___

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

E C E N D A

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO	DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAGUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CGC/CPF Nº: 01.429.285/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

TIPO DO ESTABELECIMENTO: Posto Serviço

CARGO: OPERADOR DE CAIXA

CBO Nº: 4211-25

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Julho DE 07

REGISTRO Nº: FLS./FICHA:

REMUNERAÇÃO ESTIPULADA: R$ 439,00 (quatrocentos e trinta e nove reais) por mês

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

DATA DE SAÍDA: 31 DE OUTUBRO DE 2008

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014059445114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

0589111736 3 HXB5513

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

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

014059445114 44875180235

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	05/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	05891117363	HXB5513

RENAVAM	MARCA / MODELO
780175522	HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB	CC TARF	Nº CHASSI
2002	09	9C2MC3S002R031869

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
31.29	5.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A PAGAR SEGURO (R$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 03/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

LOTE/DOC: 221[illegible]
MOTOR: MC35E-2031869

MAR-2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014059445114
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

	VIA	COD RENAVAM	ENTRC	EXERCÍCIO
CRDO	01	780175522	0000000000	2018

NOME: SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO
****
****
FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ	PLACA
05891117363	HXB5513

PLACA ANT/UF	CHASSI
********/CE	9C2MC3S002R031869

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO M
HONDA/CBX 250 TWISTER	2002	2002

CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2E/24CV/249CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
******** **	**/**/**	1ª ISENTO

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	
***	**********	2ª NÃO 3ª INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	03/10/2018

OBSERVAÇÕES:
****
****
****

LOCAL	DATA
FORTEZA	05/10/2018

Superintendente DETRAN CE

DENATRAN

CUNTRAN

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Traumatologia Forense
LAUDO PERICIAL	**Número: 2020.0065842**
Lesão Corporal (DPVAT)	**Páginas: 2/2**

No dia 11 de Fevereiro de 2020, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Pericia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de acordo com o(a) Guia de número 117/2020, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:
SOLICITAÇÃO: 91331
ENVOLVIDO(S)
ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

PARECER:
Periciando informa que foi vítima de ocorrência de trânsito, colisão de um carro com sua motocicleta, fato ocorrido por volta das 3h30min do dia 21/09/2019. Foi atendido, internado, e submetido a tratamento cirúrgico traumatológico no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira - Frotinha de Messejana. Porta Registro de Atendimento de Emergência daquele hospital, onde esta registrado: "paciente sofreu acidente de moto, evoluindo com fratura exposta do pé direito. Realizada limpeza cirurgica e fixação óssea". Ao exame físico observa-se uma cicatriz linear na região dorsal do pé, medindo oito centímetros, e na região plantar, medindo quatro centímetros. Impossibilidade de realizar flexão e extensão dos dedos do pé direito. Andar claudicante.

QUESITOS:
1) Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:
Resposta ao 1º) Sim
Resposta ao 2º) Perda funcional incompleta do pé direito, orçada em 25%.

11 de Fevereiro de 2020

Sr(a) Valmiro Pinheiro Filho
Médico Perito Legista Matrícula 1980791-6

SELO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

AA 149965

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense

LAUDO PERICIAL

2020.0065842

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 301-4408/2019

Documento solicitante: Guia - 117/2020
Órgão solicitante: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º PODODÁCTILO, DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO INTERFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º DEDO E METATARSOFALÂNGICO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO 3° DEDO DO PÉ DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO 3° DEDO DO PÉ DIREITO E DANO GRAVE DO 4° E 5° DEDO DO PÉ DIREITO.
POR INTERCORRÊNCIA DO SIS DPVAT, O ENQUADRAMENTO DO 4° E 5° DEDO DO PÉ ESTA SENDO REALIZADO EM DANO ANATÔMICO COM 75°.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R$ 2.025,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 25 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000530 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # (ABA OUTROS) SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA 10/01/2020 INDENIZADA POR AMD EM APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 15 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**7,5 %**	**R$ 1.012,50**

PROCURAÇÃO

[Outorgante: Alexandro de Sousa Barbosa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão, Desempregado residente e à Rua Cedro - Cidade Jardim, 101, Bloc AP 04, bairro Pref. José Walter, Município de Fortaleza, UF CE, CEP 60748022, nascido 07/06/1998 CPF nº 61682380343 RG nº 0703578370 3, Emissor Detran CE em 12/09/2019

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP.:60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel:. (85) 988094184; 981552525, autorizo watshapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a) Sr.(a) Alexandro de Sousa Barbosa, Ocorrido(s) em 21/09/2019 cobertura IPA (X), DAMS ( ) MORTE ( ).

Conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Líder, marcar pericias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON –CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 28, de Dezembro de 2019.

ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.589.695/0001-80 - Rua Deputado Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.761-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartorioderondubim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA
Que confere c/o padrão reg. nesta serventia. Por fé
Fortaleza, 03 de dezembro de 2019. Em test. da verdade.

Camila Padilha de Melo. Escrevente Autorizada
Valor Total R$ 7,47

Confira os dados do selo em: www.tjce.jus.br/extrajudicial

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000695/20

Número do Sinistro: 3200000530

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do acidente: 21/09/2019

CPF: 616.823.803-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/02/2020	Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 671.604.173-72	CPF: 668.217.543-49
JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE DAMS

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044032
Data do acidente: 21/09/2019
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Fortaleza **UF:** CE
Análise: Complemento
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A
Data: 04/03/2020 09:53:13

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DE OSSOS DO METATARSO -
Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	110,57	110,57
Materiais			100,00	100,00
Medicamentos			39,43	0,00
Total da Análise Atual			**250,00**	**210,57**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA Relacionamento: Vítima	2700,00	2489,43	2489,43	250,00	210,57	210,57
Total da Análise Atual	**2700,00**	**2489,43**	**2489,43**	**250,00**	**210,57**	**210,57**

TOTAL PLEITEADO: 2950,00 **TOTAL AVALIADO:** 2700,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

PARECER DE DAMS

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036937/20

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do acidente: 21/09/2019

CPF: 616.823.803-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

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

ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA : 616.823.803-43

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/01/2020	Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 671.604.173-72	CPF: 063.066.023-99
JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Antonia Daniella Ferreira da Silva

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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200044032 **Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: DAMS**

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200044032 **Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: DAMS**

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Valor: R$ 2.489,43
Banco: 104
Agência: 000003466
Conta: 0000025687-5
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200044032 **Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**

Data do Acidente: 21/09/2019 **Cobertura: DAMS**

Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

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

Recebedor: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Valor: R$ 210,57
Banco: 104
Agência: 000003466
Conta: 0000025687-5
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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: 61682380343

4 - Nome completo da vítima: Alexsandro de Sousa Barbosa

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Alexsandro de Sousa Barbosa

6 - CPF: 61682380343

7 - Profissão: Desempregado

8 - Endereço: R. Pedro (B/01-AP04)

9 - Número: 101

10 - Complemento: Cidade JD.

11 - Bairro: Pref. José Walter

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60748022

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 984552525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3466 (informar o dígito se existir) CONTA: 25687 5 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 prévio concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 neto(a) (sucessor)? ☐ 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 devido, 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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 28/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019920495

POLÍCIA CIVIL DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO CEARÁ
FLS _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4408 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/12/2019 14:04:12**
Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2019 03:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA**
Nascimento: **07/06/1998** CPF: **616.823.803-43**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DAS GRACAS DE SOUSA**
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CEDRO COND 1 BL 1 AP 4**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98561-6918**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB5513** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2MC35002R031869** Renavam: **780175522** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXB-5513 NA AVENIDA C QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO CARRO PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA, E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : ALEXSANDRA A. DE SOUZA BARBOSA

VISTO DO DELEGADO(A) :
Del. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699
EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

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: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 210,57

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação 428051E68E7FE4EE

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.489,43

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03466

CONTA: 000000025687-5

Nr. da Autenticação F6F93F96EDBFA8D1

2º Via

Cagece — Governo do Estado do Ceará

Nº de Inscrição: 001049430B

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

End. Leitura: RUA CEDRO - CIDADE JARDIM, 101, BL 01 AP 04 CID.JARDIM, PREFEITO JOSE WALTER

Cidade: FORTALEZA — CEP: 60.740-022

End. Entrega:

Cidade: — CEP:

Local: 001 — Setor: 059 — Quadra: 0057 — Lote: 0100 — Compl: 0004

Subsetor: — Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Hidômetro	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semanal(m³)
AGUA	A13L265292	416	425	9	10

DATAS

Leitura Atual: 02/12/2019 — Emissão: 03/12/2019 — Leitura Água: 1584135

Leitura Anterior: 04/11/2019 — Próxima Leitura: 02/01/2020 — Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	528	528	126	525	526
Analisadas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 5 m3 | META: 10 m3.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R$)
AGUA		28,30
ESGOTO		22,64
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,52
CREDITO-PAG./LANÇAMENTO	1/1	-24,94
JUROS/MULTA TARIFA CONTINGENCIA	1/1	0,05

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
OUT/2019	11	8

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R$)

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
12/2019	16/12/2019	26,57

CODE ÁGUA E ESGOTO FATURA

[redacted]

CAGECE Central de Atendimento 0800 275 0195

155 Serviços Públicos

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 0101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 153. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - 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 5818.

Cagece — Governo do Estado do Ceará — **Fatura Mensal** Guarde-a em seu estabelecimento

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 001049430B — Código de Responsável: — Mês/Ano: 12/2019

Local: 001 — Setor: 59 — Quadra: 0057 — Lote: 0100 — Compl: 0004

Subsetor: — Subquadra:

Cidade: FORTALEZA — Vencimento: 16/12/2019 — Total(R$): 26,57

82670000000-1 26570009600-0 01049430800-9 02000131025-7

EMISSÃO : LOJA CONJUNTO JOSE WALTER 03/12/2019 16:10:08

826000000000-8 28300009700-8 01072900301-1 04004422015-6

Cagece

Fatura Mensal

Av. Louro Vieira Olinda, 1000 – Vila Velha – Fortaleza-CE | CEP: 60179-081
CNPJ: 07040109/0001-02 | CGF: 00318206-1 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.br

CDD JOSE WALTER DE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
60.761-445 FORTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir, dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

Inscrição	Local	Setor	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000221

ECONOMIAS				SITUAÇÃO	
Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

ISO 9001

Parâmetro	Turbidez (UT)	pH	Cor (UH)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/E.Coli
Padrão de Portaria	5,0	6,0 a 9,5	15	Min. 0,2	*	Ausente

* Sistemas que analisam 40 ou mais amostras / mês: ausência em 95% das amostras analisadas.
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.

Conheça os Parâmetros

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.
pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.
Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.
Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.
Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.
Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).
Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.
OBSERVAÇÃO: Detectadas anomalias, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73º – ARCE e Resolução 02, Art. 4º,§1,I,e – ACFOR)
Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919
Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 653 3838
Maiores Informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h, ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme Resolução 130, art. 73º, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.

☐ LIGAÇÃO CORTADA ☐ LIGAÇÃO INEXISTENTE ☐ Nº PMOV. NÃO LOCALIZADO
☐ IMÓVEL DEMOLIDO ☐ ENDEREÇO INCONVENIENTE ☐ NOME USUÁRIO ERRADO
☐ CASA FECHADA ☐ RECUSOU-SE A RECEBER

BRASIL RS

19.12.13

Dr.

HALLYS

FISIOTERAPEUTA

Dr. José Hallys Freitas
(85) 9664 - 4396
(88) 9912 - 6634
hallysfreitas@hotmail.com

R$ 2.700R$

Obs.:

Recebi de ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

a importância de: DOIS MIL E SETECENTOS REAIS

Referente à: ATENDIMENTO DOMICILIAR DE FISIOTERAPIA 30 ATENDIMENTOS NO VALOR DE 90 REAIS POR ATENDIMENTO

Dr José Hallys Freitas
FISIOTERAPEUTA
CRF 6: 142481F

Data: 18/01/20

Assinatura

Dr José Hallys Freitas
FISIOTERAPEUTA
CRF 6: 142481F

CEPRUF CENTRO DE PROT E ART DE FORTALEZA LTD EPP
R SOLON PINHEIRO, 402 * CENTRO
FORTALEZA - CEARA
CNPJ: 07.577.570/0001-98 IE: 06.011.179-8
06/11/2019 17:17:41 CCF:009714 COO:014176

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UNIT R$	ST	A/T	VL ITEM R$
001	7898274674243	SANDALIA BANDA DE SOL M	1	PAR	110,00			110,00

Subtotal R$ 110,00
DESCONTO -10,00
TOTAL R$ 100,00
Dinheiro 100,00
MD-5:E9D1C30EF8FF689E0789A6D5496BB0C1

OBRIGADO, VOLTE SEMPRE.
DarumaFramework - Mensagem Não Programada
DarumaFramework - Mensagem Não Programada
007 28F2D 00000 44A001 58 6C803A 45756 2ACBC FD4
DARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1
ECF-IF VERSÃO:01.00.00 ECF:002 Lj:0001
DDDDDDDDJAJATTDD 06/11/2019 17:18:00
FAB:DR0815BR0000004788852

ARTICULAR
Clínica Médica Fisioterápica

3283.4784
8800.0778
CNPJ: 13.251.274/0001-03

RECIBO

R$ 150,00

Recebi(mos) do (a) Sr.(s) ALEXSANDRO DE SOUSA BRASOSA

À quantia de R$ CENTO E CINQUENTA REAIS

Referente a UMA CONSULTA DE VALOR 75,00 + RETORNO DE 75,00 FISIOTERAPIA

Pelo que firmamos o presente recibo Fortaleza 12 de 12 2019

Assinatura

ARTICULAR SERV. MEDICOS E FISIOTERÁPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

ARTICULAR SERV. MEDICOS E FISIOTERÁPICOS LTDA
CNPJ: 13.251.274/0001-03

Seguradora LÍDER

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

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

Pelo exposto, eu JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 671604173 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexsandro de S. Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 616823803 43

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Alexsandro de S. Barbosa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 616823803 43 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

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

Endereço: Rua Diamante | Número: 27 | Complemento: Casa Surgel
Bairro: Mondubim | Cidade: Fortaleza | Estado: Ce | CEP: 60761445
E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com | Tel.(DDD): (85) 988094184

Local e Data: Fortaleza 22/01/2020

João Batista de Lima

Assinatura do Declarante

DLDR1_001 V001/2017

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Nº DO PRONTUÁRIO: 5161297
Nº DO BC: 372115
CASSUS:
NASCIMENTO: 07/06/1998(21 ANOS)
SEXO: M
RAÇA/COR: PARDO
DOCUMENTOS: CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61682380343
NOME MÃE: MARIA DAS GRACAS DE SOUSA
NOME RESPONSÁVEL: NI
ENDEREÇO: RUA CEDRO BLO 01 AP 04 CONDOMINIO 01 JOSE WALTER
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
CONTATO:
CEP: 60.748-030

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO.
MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA
SINTOMAS: FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO: NI KG
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SAT O2: NI%
PULSO: NI
GLICEMIA: NI
TEMPERATURA: NI °C
ALERGIAS: NEGA
CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 21/09/2019 04:05:40

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: [illegible]

DIAGNÓSTICO: [illegible]
CÓD PROCEDIMENTO: [illegible]

EXAME SOLICITADO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL (X) TC CRANIO ( ) RAIO-X _____ ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL.

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Impresso por delana barbosa ferreira costa em 21/09/2019 04:05:40
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ALEXSSANDRO DE SOUSA BARBOSA

03/12/19

SUS — Ministério da Saúde — Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HDEBO
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HDEBO
4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Alexandre de Jesus Barbosa
6 - Nº PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DO NASCIMENTO: 01/06/1998
9 - SEXO: M
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DAS GRAÇAS DE SOUSA
DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO:
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - COD. IBGE MUNIC:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente, 21a, vítima de acidente de moto [illegible] com Fx Exposta de [illegible] Direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessita de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): Rx + Fx Aberta

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fx Exposta [illegible] (D)
21 - CID 10 PRINCIPAL: S923
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução cirúrgica [illegible] (D)
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Ortopedia
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: CNS ☐ CPF ☐
29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL QUE REALIZA A CIRURGIA: [illegible]
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dra. Maria [illegible]
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/09/19
32 - ASSINATURA CARIMBO DO SOLICITANTE (NÚMERO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ DA EMPRESA:
40 - CAUSE EMPRESA:
41 - CNDR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: CNS ☐ CPF ☐
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:
47 - DATA DO DOCUMENTO:
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

03/12/19

Gráf.HDEBO-SAMS-AIH-005

REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: Alexandre de Jesus Barbosa

DATA OPERAÇÃO: 14 / 09 / 19 | ENFERMARIA: | LEITO:

1º AUXILIAR: | 4º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: | 3º AUXILIAR: | INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: | TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX [illegible] (D)

TIPO DE OPERAÇÃO: Limpeza cirúrgica + [illegible] 3º PDD / FK

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: [illegible]

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

(1) Incisão em DDM até [illegible] / Limpeza com [illegible]
(2) ATA
(3) Limpeza cirúrgica [illegible]
(4) Osteossíntese [illegible] de [illegible] com [illegible]
(5) Fixação com [illegible] com 3º PDD
(6) Sutura por planos
(7) c. SSD

Dr. Bruno [illegible]
[illegible]

03 / 12 / 19

Gráf.HIDETO-SAME-Desc.Oper-I03

PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomás Cavalcante, 1570 - CNPJ: 04.899.197/0001-45 - Messejana - CEP: 61.760-000

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: [illegible]

Fratura metat[illegible]

Justificativa: [illegible]

Gestão HDEMO - Maio/2019

Uso Exclusivo do HDEMO - Mod.02/01

Leon[illegible] Pierre Quental
Cirurgião do Pé e Tornozelo
CRM 9144 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 2019

Carimbo do Profissional

PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Cavalcante, 1572 - CNPJ: 58.536.197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105 1588

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Alexandre de Sousa Barbosa

Paciente em reabilitação de fratura do antebraço ainda com consolidação completa. Segue necessitando de afastamento do trabalho

S92.3

Gráfica HDEDO - Messejana

Hospital Distrital do HDEDO - Messejana

Leonardo Pierre Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4538

Fortaleza, 26 de 11 2019.

Assinatura e Carimbo do Profissional

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1576 - CNPJ: 04.895.197/0012-20 - Messejana - 85 - 3105.1560

RECEITUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Francisco Souza Saboia

1/ Retorno 08/10/19 6h00

2/ Sandália Aguda

15/10 6h00

Fortaleza, 01 de 10 20 19

Leonardo Pierre Quental
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 9114 - RQE 4536

Assinatura e Carimbo do Profissional

Instituto IPSEM Messejana

Coordenadoria de Atendimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CNH

NOME
ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2229868 SSP CE

CPF
616.023.803-43

DATA NASCIMENTO
07/06/1998

FILIAÇÃO
PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUSA

PERMISSÃO [redacted]

ACC [redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
07056778730

VALIDADE
16/11/2023

1ª HABILITAÇÃO
11/06/2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
18381399995

OBSERVAÇÕES
EAR.

Alexsandro de Sousa Barbosa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
12/09/2019

NOME DO ÓRGÃO EMISSOR
ASSINATURA DO EMISSOR

03535428845
CE172384354

PROIBIDO PLASTIFICAR
18381399995

[redacted] CEARÁ [redacted]

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
135.46427.19-9

NÚMERO	SÉRIE	UF
9980170	001-0	CE

João Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

20/09/1985
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: RAIMUNDO CESAR LIMA
LUCIA DE FATIMA DE SOUZA LIMA

DOC. APRESENTADO:
CN 79502 FLS 288 LV A67 CART DO REG CIVIL

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995.

T. ELEITOR: 055728180795 SEÇÃO: 186 ZONA: 117

CPF: 671.604.173-72

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CASA DO CIDADÃO DIOGO
EMISSÃO: 02/02/2006

ASSINATURA DO TITULAR

03

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOVO NOME: _____

DATA DE NASC. DE ___/___/___ PARA ___/___/___

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

E C E N D A

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO	DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAGUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CGC/CPF Nº: 01.429.285/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

TIPO DO ESTABELECIMENTO: Posto Serviço

CARGO: OPERADOR DE CAIXA

CBO Nº: 4211-25

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Julho DE 07

REGISTRO Nº: FLS./FICHA:

REMUNERAÇÃO ESTIPULADA: R$ 439,00 (quatrocentos e trinta e nove reais) por mês

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

DATA DE SAÍDA: 31 DE OUTUBRO DE 2008

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014059445114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

0589111736 3 HXB5513

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

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

014059445114 44875180235

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	05/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	05891117363	HXB5513

RENAVAM	MARCA / MODELO
780175522	HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB	CC TARF	Nº CHASSI
2002	09	9C2MC3S002R031869

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
31.29	5.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A PAGAR SEGURO (R$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 03/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

LOTE/DOC: 221[illegible]
MOTOR: MC35E-2031869

MAR-2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014059445114
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

	VIA	COD RENAVAM	ENTRC	EXERCÍCIO
CRDO	01	780175522	0000000000	2018

NOME: SAMUEL LUCAS LINHARES DE ARAUJO
****
****
FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ	PLACA
05891117363	HXB5513

PLACA ANT/UF	CHASSI
********/CE	9C2MC3S002R031869

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO M
HONDA/CBX 250 TWISTER	2002	2002

CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2E/24CV/249CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
******** **	**/**/**	1ª ISENTO

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	
***	**********	2ª NÃO 3ª INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	03/10/2018

OBSERVAÇÕES:
****
****
****

LOCAL	DATA
FORTEZA	05/10/2018

Superintendente DETRAN CE

DENATRAN

CUNTRAN

PARECER DE DAMS

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044032
Data do acidente: 21/09/2019
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Fortaleza **UF:** CE
Análise: Primeira Análise
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A
Data: 04/02/2020 17:33:06

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DE OSSOS DO METATARSO -
Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	2700,00	2489,43
Total da Análise Atual			**2700,00**	**2489,43**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	2700,00	2489,43	2489,43
Total da Análise Atual	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2700,00**	**2489,43**	**2489,43**

TOTAL PLEITEADO: 2700,00 **TOTAL AVALIADO:** 2489,43 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2489,43

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO

[Outorgante: Alexandro de Sousa Barbosa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão, Desempregado residente e à Rua Cedro - Cidade Jardim, 101, Bloc AP 04, bairro Pref. José Walter, Município de Fortaleza, UF CE, CEP 60748022, nascido 07/06/1998 CPF nº 61682380343 RG nº 0703578370 3, Emissor Detran CE em 12/09/2019

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP.:60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel:. (85) 988094184; 981552525, autorizo watshapp, sms e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a) Sr.(a) Alexandro de Sousa Barbosa, Ocorrido(s) em 21/09/2019 cobertura IPA (X), DAMS ( ) MORTE ( ).

Conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Líder, marcar pericias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON –CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza 28, de Dezembro de 2019.

ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILOMENO PONTES
CNPJ: 74.589.695/0001-80 - Rua Deputado Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.761-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.0769 - E-mail: cartorioderondubim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
ALEXANDRO DE SOUSA BARBOSA
Que confere c/o padrão reg. nesta serventia. Por fé
Fortaleza, 03 de dezembro de 2019. Em test. da verdade.

Camila Padilha de Melo. Escrevente Autorizada
Valor Total R$ 7,47

Confira os dados do selo em: www.tjce.jus.br/extrajudicial

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036937/20

Número do Sinistro: 3200044032

Vítima: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Data do acidente: 21/09/2019

CPF: 616.823.803-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE SOUSA BARBOSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 28/02/2020	Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 671.604.173-72	CPF: 668.217.543-49
JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Camila Feitosa Pedrosa