

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01440098-7** em **11/09/2020 14:11:29**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0246345-97.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01440098-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/09/2020 14:11:29

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2749182_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2749182_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE			() Prioridade	Registro: 16308
Nome: VIVIANE SIMÕES RODRIGUES			CNS: 898005864616747	
Idade: 34 anos 12 dias			Data Nasc: 17/09/84	
Nome da mãe: VANDIR SIMONE DA COSTA			Nome do pai:	
Endereço: 31			Nº: 468	
Bairro: JEREISSATI I			Município: MARACANAU	
RG:	Órgão Expedidor:	Expedição:	CPF:	
Celular	Telefone Residencial		Telefone Comercial	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 29/09/18	CRM: 4364
Médico: JOSE FACUNDO NETO	Unidade: RECEPCAO
Especialidade:	Categoria: SUS
Convenio: SUS	MOTORISTA:
AMBULANCIA:	Situação:
NUMERO DA AR: 468	
Atendente: JOSE ADAIRTON NOBRE	

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 26 SET 2019
Nome:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO: *Acidente de motocicleta por colar 1300 as 14h resultando em fratura da coluna cervical C5 e C6.*

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico normal para a idade.

EXAMES SOLICITADOS

Rx do pescoço Cerv C4-C7

DIAGNOSTICO

Fratura exposta da porção anterior da C5 e C6 CID 030.3090.20

PROCEDIMENTO

Capilar e paravertebral

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA (X) SIM () NÃO Nº DE VEZE

MARACANAU, 29/09/2018

[Assinatura]
ASSINATURA DO PROFISSIONAL
José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

[Assinatura]
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara
CEP: 61.941-330
MARACANAU-CE 29/09/2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

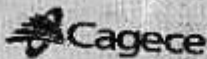
CLIENTE: VIVIANE SIMOES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01961

CONTA: 000000073032-7

Nr. da Autenticação F48A1A33471FC41C



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

2ª Via

Nº de Inscrição:

0004267702

DADOS DO CLIENTE

Nome: VIVIANE SIMÕES DA COSTA

End. Entrega: RU 68 CJ O JEREISSATI, 894, CARLOS JEREISSATI

Cidade: PACATUBA

End. Entrega:

CEP: 61.801-365

Cidade:

Local: 077

Sector: 061
Subsector:

Quadra: 0109
Subquadra:

Lote: 0052

Cenp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
AGUA	A023432188	072	074	2	2

DATAS

Leitura Atual: 23/08/2019

Emissão: 26/09/2019

Leite Água: 9333845

Leitura Anterior: 25/07/2019

Próxima Leitura: 24/09/2019

Leite Esgoto: 421588

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Esqúidos	054	054	010	054	054
Análises	054	054	011	054	054
Em conformidade	054	050	008	054	054

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	Mês/Ano		
ESGOTO	22,64	AGO/2019	1	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	424	SET/2019	3	2
JUROS DE 0,033% AO DIA	171	OUT/2019	3	2
	0,89	NOV/2019	3	2
		DEZ/2019	2	1
		JAN/2020	2	1
		FEV/2020	0	10
		MAR/2020	0	10
		ABR/2020	0	10
		MAY/2020	2	1
		JUN/2020	4	3
		JUL/2020	2	1

TRIBUTOS SOBRE O PAGAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,77
COFINS	3,84

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	103,48
VALOR DO SUBSIDIO	23,04
VALOR TOTAL A PAGAR	80,42

MÊS/ANO

08/2019

VENCIMENTO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,42

ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou no telefone: 0800 275 0195. O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

0800 275 0195

155

É obrigatório de manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou no telefone: 0800 275 0195. O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Valor devido
atualizado

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004267702 Código de Responsável:

Mês/Ano: 08/2019

Local: 077

Sector: 01

Quadra: 0109

Lote: 0052

Cenp: 0000

Cidade: PACATUBA

Vencimento: 12/08/2019

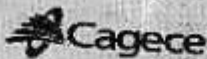
Total (R\$): 80,42

82670000000-1 80420009600-1 00426770201-9 03004231025-7



EMISSÃO: 26/09/2019 04:16:53





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

2ª Via

Nº de Inscrição:

0004267702

DADOS DO CLIENTE

Nome: VIVIANE SIMÕES DA COSTA

End. Entrega: RU 68 CJ O JEREISSATI, 894, CARLOS JEREISSATI

Cidade: PACATUBA

End. Entrega:

CEP: 61.801-365

Cidade:

Local: 077

Sector: 061
Subsector:

Quadra: 0109
Subquadra:

Lote: 0052

Cenp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
AGUA	A023432188	072	074	2	2

DATAS

Leitura Atual: 23/08/2019

Emissão: 26/09/2019

Leite Água: 9333845

Leitura Anterior: 25/07/2019

Próxima Leitura: 24/09/2019

Leite Esgoto: 421588

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Esqúidos	054	054	010	054	054
Análises	054	054	011	054	054
Em conformidade	054	050	008	054	054

MESSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	Mês/Ano		
ESGOTO	22,64	AGO/2019	1	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	424	SET/2019	3	2
JUROS DE 0,033% AO DIA	171	OUT/2019	3	2
	0,89	NOV/2019	3	2
		DEZ/2019	2	1
		JAN/2020	2	1
		FEV/2020	0	10
		MAR/2020	0	10
		ABR/2020	0	10
		MAY/2020	2	1
		JUN/2020	4	3
		JUL/2020	2	1

TRIBUTOS SOBRE O PAGAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,77
COFINS	3,84

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	103,48
VALOR DO SUBSIDIO	23,04
VALOR TOTAL A PAGAR	80,42

MÊS/ANO

08/2019

VENCIMENTO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,42

ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou o telefone: 0800 275 0195. O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

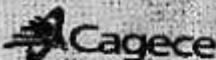
0800 275 0195

155

É obrigatório de manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: www.cagece.com.br ou o telefone: 0800 275 0195. O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919. Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Valor devido
atualizado

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004267702 Código de Responsável:

Mês/Ano: 08/2019

Local: 077

Sector: 01

Quadra: 0109

Lote: 0052

Cenp: 0000

Cidade: PACATUBA

Vencimento: 12/08/2019

Total (R\$): 80,42

82670000000-1 80420009600-1 00426770201-9 03004231025-7



EMISSÃO: 26/09/2019 04:16:53



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEÍCULO

Eu, Marlene Simões da Costa RG: 2001098117857
 CPF: 003012523-51, residente e domiciliado (a) na Rua Rua 31, na
 cidade de Maracanaú, no estado de Ceará, venho por meio deste,
 informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de
 repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local
 incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo
 envolvido no acidente.

Nome do proprietário: Spécilcio Silveira Silva
 Veículo: motocicla
 Ano: 2010-2011
 Placa: 00Q 9505/CE
 Chassi: 9C2KD0550BR329850
 Data do acidente: 29/09/18



Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos
 governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro
 Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas
 penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data Fortaleza - 24/09/2019

CARTÓRIO
 GUERREIRO

Marlene Simões da Costa

CO 23.1004 02 2019	RECONHECIMENTO DE FIRMAS	Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de <u>Marlene Simões da Costa</u>
	DOU FE MARACANAÚ	24 SET. 2019
	Em 24/09/2019	da verdade
	☒ Laisneide Queiroz de Oliveira - Oficial ☐ Girilândia Araújo Lopes - Substituta	

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2394874/2019

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

30/09/2019 09:42:43

*Dados do reclamante***Segurado:**

viviane simoes da costa

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

003.012.523-51

*Formas de contato***E-mail:**

felipe.pavat@hotmail.com

Telefone:

(85) 99761-8930

Celular:

(85) 99761-8930

Endereço:

rua barao do rio branco 1779

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.025-061

Cidade:

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta reclamação ênfase da seguradora líder que está fazendo exigências abusivas foi cadastrado no número de sinistro 3190/ 554567 cobrando a declaração do proprietário do veículo sendo que já enviei a declaração do veículo, sendo que já para informando que não tem como eu enviar a devido declaração pois não tem parapeiros do proprietário do veículo e não fiz a transferência.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim





ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 16308
Nome: VIVIANE SIMOES RODRIGUES		CNS: 898005864616747	
Idade: 34 anos 12 dias		Data Nasc: 17/09/84	
Nome da mãe: VANDIR SIMONE DA COSTA		Nome do pai:	
Endereço: 31		Nº: 468	
Bairro: JEREISSATI I		Município: MARACANAU	
RG:	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 29/09/18		CRM: 4364	
Médico: JOSE FACUNDO NETO		Unidade: RECEPCAO PREVIDENCIAS SIA	
Especialidade:		Categoria: SUS	
Convenio: SUS		MOTORISTA:	
AMBULÂNCIA:		Situação:	
NUMERO DA AR: 468		Nome:	
Atendente: JOSE ADAIRTON NOBRE			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Acidente de moto (sic) por uso de
da 13:00 h a 14:00 h, resultando em lesões
na região do pescoço e ombro direito.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Exame físico: sem alterações. Afastado de trauma.

EXAMES SOLICITADOS

Rx do pescoço (aprox. 4x4)

DIAGNOSTICO

Fratura exposta da
vertebra C5, com lesão da
capular e ligamentos.

PROCEDIMENTO

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM (X) NÃO

URGÊNCIA (X) SIM () NÃO

Nº DE VEZES (

MARACANAU, 29/09/2018

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMPA
Rua João Conrado, Nº. 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
MARACANAU-CE 071012019



Secretaria de Administração Hospitalar

DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o(a) paciente **VIVIANE SIMÕES DA COSTA** foi atendido (a) neste Hospital no dia **29/09/18** e seus dados foram inseridos incorretos em sua Ficha de Atendimento. Segue abaixo dados retificados.

Nome: **VIVIANE SIMÕES DA COSTA**

Data de Nascimento: **17/09/1984**

Mãe: **VANDIR SIMÕES DA COSTA**

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR - SAH
Georgina Gomes Lima
Georgina Gomes Lima - CREMEC 6412
Médica Auditora SAME

Maracanaú-CE; 01 de Dezembro de 2018.

Atenciosas saudações;



HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAÚ-CE
CEP: 61900-150 FONE: (85) 35215500



1801171990	29/09/2018 15:59:23	FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL		DIURNO	5
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
VIVIANE SIMÕES RODRIGUES		17/09/1984		34 A 0 M 12 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Ignorado	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			F	Solteiro(a)	Parda	FORTALEZA - CE
Mãe		Pal		NI			
VANDIR SIMÕES DA COSTA							
Endereço				Contatos			
RUA - 68 - 694 - JEREISSATI II - MARACANAÚ - CE				Cel1: 85986294851 - -			

Class. de Risco	Plano Convênio	N da Carteira	Validade	Autorização		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Carrete do Atendimento	Profissional do Atend.	Sis Prenatal	Peso	Temp.	Pressão
PRONTO ATENDIMENTO	Urgência					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Procedência		
SPA						
				Registrado por: Joseasm		

Últimos atendimentos:

29/09/2018 15:59:23 - 17/03/2014 23:41:12 - 14/05/2014 20:53:54

SADT - Exames Complementares

☐ CTG ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

Classificação de Risco

Código:

Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a)

Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos

Lesão de mão, glóscopo 15. Neop. dermat. vêneta, comissura.
sem desmancha. Gêl. recente.
Abertura de cápsula articular em joelho esq + dorso de 5º

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora

rodado de 5º. Solicito ABEMP

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora



Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora

Código

Assinatura e Carimbo do Médico

Data

Hora

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR - SAH
Georgina Gomes Lima - CRENEC 6012
Médica Auditora SAME





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr (a). **VIVIANE SIMOES DA COSTA** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 29/09/2018 para consulta traumatológica com o medico JOSE FACUNDO CRM : 4364 retifico o nome da mesma que encontra incorreto , sendo o correto o nome citado acima.

Sem mais para o momento firmo o presente.

Maracanaú, 07 de Janeiro de 2019.

Fco. Adriano Moreira da Silva
COREN/CE 32556 / ENF
Enfermeiro

Enfermeiro (a)



Rua João Conrado, 363 – Pajuçara – Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE TRABALHO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

1575541
20855412

1974.09.29-0

Uenone Seno da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

COLOCAR FIMBRIA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

REC 26 SET 2019

Nome: _____

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: *Uenone Seno da Costa*

CPF: 20855412

DATA: 29/09/1974

ENDEREÇO: _____

CITANDO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RELACÃO: _____

DATA DE NASC. DE: _____ PARA: _____

DOCUMENTO: _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

Nome: _____

DOCUMENTO: _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

Nome: _____

DOCUMENTO: _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

Nome: _____

DOCUMENTO: _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

LEGENDA

1 - CANCELAMENTO DE IDENTIDADE | 2 - CANCELAMENTO DE IDENTIDADE | 3 - DATA DE NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014137202091
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PPT 01 338509089 000000000000 2017

NOME
JOSE CLECIO SILVEIRA SILVA
REDENCAD /CE

CPF/CNPJ 98572288368
PLACA ANT /UF 9C2KD0550BR529850 /CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APL 10
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRUS ES

CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1
FACIL LIXA 2
PARCELAMENTO/COTAS 3
PRÊMIO TARIFÁRIO 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

REDENCAD LOCAL DATA 27/04/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAUO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014137202091 BILHETE DE SEGURO DPVAT
98572288368 DCQ9505/CE

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
014137202091 91553357095

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 27/04/2018

CPF/CNPJ 98572288368 PLACA DCQ9505
RENAVAM 98509089 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRUS ES

NR CHASSI 9C2KD0550BR529850

PRÊMIO TARIFÁRIO
TMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TITULA BOMBA RELI EDIADO (R\$)

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.249.800/0001-04

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 26 SET 2019
Nome:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

VIVIANE SIMOES DA COSTA : 003.012.523-51

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019

Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

VIVIANE SIMOES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554567

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do acidente: 29/09/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80º, extensão aos 20º, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5º, inversão aos 15º, marcha com claudicação, agachamento alterado, articulação metatarsofalangeana aos 15º. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Periciada apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos, conforme documentos de pronto atendimento datados em 29/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos. Atualmente, conforme relato da periciada e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo, em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Periciada apresentou exames de raios-x que comprovam a existência da fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VIVIANE SIMOES DA COSTA : 003.012.523-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA
CPF: 003.012.523-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

VIVIANE SIMOES DA COSTA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Número do Sinistro: 3190554567

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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

Data da apresentação: 01/10/2019
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA
CPF: 003.012.523-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

VIVIANE SIMOES DA COSTA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190554567

Nome do(a) Examinado(a): VIVIANE SIMOES DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RU 68, 694, , 61.801-365, CARLOS JEREISSATI I, Pacatuba/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 2001098117857

Data e local do acidente: 29/09/2018 - Maracanaú/CE

Data e local do exame: 04/10/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 20°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, articulação metatarsalofalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo.

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciada traz consigo exames de raios-x que comprova a existência da fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554567 Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554567 Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

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



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554567

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

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: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001961

Conta: 0000073032-7

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

003.012.523-51 Viviane Simões da Costa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Viviane Simões da Costa 003.012.523-51 Autônoma Rua 68 of efreissol 699 61.801.365 São Jerônimo I Pacatuba RJ 85.98617-4213

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: 1961 CONTA: 73032

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Pacatuba - RJ - 26/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201928358

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 16 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/01/2019 17:31:40**
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2018 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 111**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ**
Ponto de Referência:

Município: **MARACANAÚ/CE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VIVIANE SIMÕES DA COSTA**
Nascimento: **17/09/1984** CPF: **003.012.523-51**
RG: **2001098117857** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **VANDIR SIMÕES DA COSTA**
NÃO CONSTA
Endereço: **RUA 68, 694**
Bairro: **JEREISSATI II**
Município: **PACATUBA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:
Telefone: **(85) 99660-3966**

Histórico

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO 2010/2011, COR PRETA, PLACA OCQ 9505, que está em nome de JOSÉ CLÉCIO SILVEIRA, pela rua 111, quando um veículo automotor, Hilux de cor prata, e placa desconhecida colidiu na lateral da motocicleta; Que a garupelra, sua filha, juntamente com a vítima, caíram da motocicleta; Que no momento da queda bateu a cabeça e fraturou os dedos e joelhos; Que acrescenta que sua filha só ficou com dores lombares; que uma pessoa próxima chamou o samu e foi encaminhada para o Hospital de Maracanaú, sendo transferida para o Hospital Dionísio, e por fim transferida para o Frotinha da Parangaba; Que no momento da colisão a Hilux se evadiu sem prestar socorro; Que está registrando este B.O apenas para acionar com o seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO CESAR CAMPOS SA - MAT.: 30122755

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JAEAN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769

*Jaelan Alves da Silva
Delegado de Polícia Civil
Mat. 82.769*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

003.012.523-51 Viviane Simões da Costa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Viviane Simões da Costa 003.012.523-51 Autônoma Rua 68 of efreissol 699 61.801.365 Carlos efreissol I Pacatuba PE 55.98617-4213

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1961 CONTA: 73032 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Fortaleza - PE - 26/09/2019

Viviane Simões da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)