

**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 **WAQR.20.00171983-1** em **24/11/2020 09:23:17**.
- 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** : Aquiraz  
**Processo** : 0051018-18.2020.8.06.0034  
**Protocolo** : WAQR.20.00171983-1  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Acidente de Trânsito  
**Data/Hora** : 24/11/2020 09:23:17

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

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

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

**Petição\*** : 2769115\_CONTESTACAO\_01 - 1-12.pdf  
**Documentação** : 2769115\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-23.pdf  
**Documentação** : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

### Downloads

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

---

**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675409**

**Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

**Data do Acidente: 17/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

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

---

**Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675409**

**Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

**Data do Acidente: 17/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

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\$ 0,00

**Recebedor: ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 004**

**Agência: 00000317**

**Conta: 000004505-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675409**

**Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

**Data do Acidente: 17/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



---

**Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675409**

**Vítima: ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

**Data do Acidente: 17/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELENILSON DOS ANJOS ALVES**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 02.495.393-00 Nome completo da vítima: Elenilson dos Santos Alves

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

Nome completo: Elenilson dos Santos Alves CPF: 02.495.393-00  
Profissão: recusou Endereço: PV ELENILSON VELHO Número: 0 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: St. Tapera Cidade: Aguinã Estado: CE CEP: 61700-007  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 85 319508-7158

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

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA:   CONTA:   AGÊNCIA: 317  CONTA: 4505  9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data, Aguinã 27/11/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elenilson dos Santos Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ  
Impresso nº 2019746516



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2446 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **16/10/2019 12:29:29**  
Data / Hora da Ocorrência: **17/08/2019 01:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 CEP: 61.700-000, FAGUNDES - AQUIRAZ/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ELENILSON DOS ANJOS ALVES**  
Nascimento: **02/12/1981** CPF: **012.495.393-07**  
RG: **99015022764** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **LENITA DOS ANJOS ALVES**  
**RAIMUNDO ALVES DA SILVA**  
Endereço: **RUA ORACIO BENTO DE FREITAS**  
Bairro: **TAPERA**  
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: **61.700-000**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

INFOMA O DECLARANTE; QUE TRAFEGAVA PELA CE 040 NA LOCALIDADES DE FAGUNDES EM SUA MOTO HONDA CG 125 DE PLACA OSS-3759, COE PRETA, ANO 2014 E NESSA OCASIÃO FOI ATROPELADO POR UM AMBULÂNCIA DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS POR CAUSA DO IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DISTRITAL BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA ONDE FOI FICOU INTERNADO, POR CAUSA DO ACIDENTE TEVE UMA FATURA NO TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA E TEVE QUE PASSA POR UMA CIRURGIA QUE AS TESTEMUNHAS FORAM AS PESSOAS DE NOME FRANCISCO ROMÁRIO DOS SANTOS SILVA E REGILANE DOS ANJOS ALVES. E NADA MAIS DISSE

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCA MARIZA ALVES - MAT.: 023340-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Elenilson dos Anjos Alves**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**





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

SUS

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE <b>ELENILSON DOS ANJOS ALVES</b>		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO <b>5157991</b>		Nº DO BE <b>365592</b>	
CABOS		NASCIMENTO <b>02/12/1991(37 ANOS)</b>		SEXO <b>M</b>		RACACOR <b>PARDO</b>	
DOCUMENTOS		ENDEREÇO <b>RUA MIGUEL MARTINS 281 BARROSO 1</b>		NOME MÃE <b>LENITA DOS ANJOS ALVES</b>			
NR RESPONSÁVEL		CIDADE <b>CE</b>		CONTATO <b>(85) 09112-0496</b>			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>			
SINTOMAS <b>PACIENTE REFERE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO APRESENTA EDEMA EM MIE</b>		SINAIS VITAIS <b>NI/NI</b>		PULSO <b>NI</b>		SÍNDROME <b>NI</b>	
PESO <b>NI KG</b>		PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>		SAT O2 <b>NI%</b>		GRADIENTE <b>NI</b>	
TEMPERATURA <b>NI °C</b>		ALERGIAS <b>NAO</b>		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>AMANDA CAVALCANTE MAIA</b>		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>17/08/2019 12:26:43</b>	
CLASSIFICAÇÃO <b>VERDE</b>		ÁREA DE ATENDIMENTO <b>01 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA</b>		ATENDIMENTO MÉDICO <b>Antena do Tornozelo</b>			
RACIOCÍNIO		CÓDIGO DE PROCEDIMENTO		CÓDIGO			
EXAME SUGERIDO <b>( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAO-X ( ) OUTROS</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>R do m p Al/Ol</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>K do m p Al/Ol</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>ATA BONA</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>MANUTENÇÃO</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>Dr. Claudio Martins</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>CREME 5000 4801 6726</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
MÉDICAMENTO <b>RQT 1835</b>		FREQUÊNCIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SAÍDA		TIPO DE ALTA/SAÍDA		TIPO DE ALTA/SAÍDA		TIPO DE ALTA/SAÍDA	
DECISÃO MÉDICA <b>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</b>		DECISÃO MÉDICA <b>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</b>		DECISÃO MÉDICA <b>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</b>		DECISÃO MÉDICA <b>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</b>	
DESTINO DO CORPO <b>( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL</b>		DESTINO DO CORPO <b>( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL</b>		DESTINO DO CORPO <b>( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL</b>		DESTINO DO CORPO <b>( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL</b>	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		DATA E HORA DO ATENDIMENTO		DATA E HORA DO ATENDIMENTO		DATA E HORA DO ATENDIMENTO	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por AMANDA CAVALCANTE MAIA em 17/08/2019 12:26:43

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.

ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Pharmacia  
COPIES COM ORIGINAL  
15 / 10 / 19

04.385.197/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578  
Messiasjma - Cep: 60.864-810  
Ceará



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILSON DOS ANJOS ALVES

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00317

CONTA: 000000004505-9

---

Nr. da Autenticação 2EDD3BEC4211DA74



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

576449980

A tarifa social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 21 20009 54 084600 - 0 Medidor 4920403 Poste 0000 840H  
Nome ELFINILSON DOS ALDOS ALVES  
Endereço Postal PV ENGENHO VELHO 00000 00000 - BT TAPERA -  
AQUIRAZ CEP 61700-000

End. da Unidade Consumidora PV ENGENHO VELHO 00000 00000 - AQUIRAZ

RG / CPF / CNPJ CGF

Classe 012405303-07

Fator de Potência 0,00

RESIDENCIAL MONOFASICO

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Perda Ramal Cons. Incl. Cons. Fat.

3614 3555 1 59 0 59

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

5649645

VENCIMENTO

12/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

54,27

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

VALOR CONSUMO DO MES 59 0,77736 45,86  
MULTA MONITORIA REF 03/2019 1,01  
CORRECAO MONETARIA DO MES Ref. 03/2019 1,43  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 5,07

#### DADOS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Primeira Leitura

28/06/2019 28/06/2019  
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3618-3510-3AC2-A973-FC91-8719-446C-7BCC

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

45,86 27,00% 12,38  
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia ..... 17,50  
Transmissão ..... 1,40  
Distribuição ..... 10,38  
Encargos Setoriais ..... 2,38  
Tributas [ICMS PIS/COFINS] ..... 14,02  
Total ..... 45,86

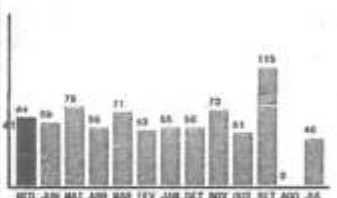
#### ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunta AQUIRAZ  
Mês ABR/2019 - EUSD 13,16

Padrão Individual DICI = 0,00  
Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual  
DIC (h) 10,29 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
FIC (uh) 7,52 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
DMIC (h) 5,48 0,00

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



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

\*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.\*  
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LETURA POR: FAT MÉDIA-LEIT BIMESTRAL ART 66 RES  
Consta desta fatura R\$ 1,64 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:  
0,64% e COFINS: 2,96%. [Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n.  
10.837/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica eletrônica

185194608-8158

1851948774-0318



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574945973

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

#### DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de  
**MAI/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**2200371** DV **1**

VENCIMENTO  
**27/06/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**93,65**

Rota 34 020009 50 077000

Medidor

Poste

Nome ALDAMIRA FERREIRA MESQUITA

9559648

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora VL DOS PAGOS 00000 DT TAPERA AQUIRAZ 61700000

RG / CPF / CNPJ 900.815.443-91

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
29379	29275	1	104	0	104

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
--------------------	------------	--------	-------------

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
19/06/2019	19/06/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8718.F893.6141.0D12.06F9.EFA5.7BA6.CC39

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
80,78	27%	21,81

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO TRIMESTRAL DIC

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,95)

-0,23  
13,10

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

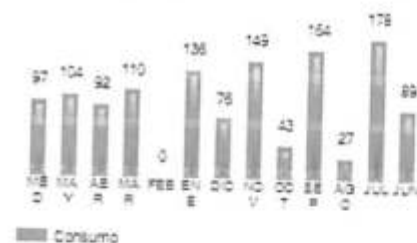
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,33

Conjunto AQUIRAZ

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	1,27	16,75	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,86			1,27		

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



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:  
Data de Emissão:

2200371-1  
29/05/2019

N° da Nota Fiscal: 574945973  
Referência: MAI/2019

Total a Pagar (R\$): 93,65

N° de Controle: 0002200371 00223 4346 2 94

83860000000-0 93650031000-7 00022003710-8 02234346259-2



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação 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<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Bruno Melposito Martins

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 66.330.137 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elenilson dos Santos Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 02.495.393 / 07

do sinistro de DPVAT cobertura Frustração da Vítima Elenilson dos Santos Alves

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 02.495.393 / 07, 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:	<u>Vila dos Anjos</u>	Número:	<u>0</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>St. Teresa</u>	Cidade:	<u>Aracaju</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:				CEP:	<u>61100-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>6819852-8118</u>

Local e Data: Aracaju - CE 27/11/19

Bruno Melposito Martins

Assinatura do Declarante



REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

[illegible][illegible]

MÉDICAMENTO		FARMACIA MÉDICA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
R do 1º - 10/10/01							
K do 1º - 10/10/01							
MHA BOM							
PAINHEMULINTE		Dr. Claudio Martins Traumatologia CRM-MG 58890/1 6726 RG 1835					
		TIPO DE ATIVIDADE					
		( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ( ) INTERVENÇÃO ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS DATA E HORA DO ATO MÉDICO		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por AMANDA CAVALCANTE MAIA em 17/08/2019 12:26:43

ELLENILSON DOS ANJOS ALVES

04.985.197/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1573  
Ferreira - Cep: 60.864-810  
Ceará

927-445

**Identificação do Estabelecimento de saúde**

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

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE <b>EVANDER DOS ANJOS AVELAR</b>	6 - Nº PROCTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <b>02.12.1989</b>
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Leila dos Anjos Avelar</b>	10 - SEXO <b>Masculino</b>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>Rua Wilton Mendes 281 - Fátima</b>	12 - DDD - 11 - TELEFONE DE CASA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>FORTALEZA</b>	14 - CID - CID 10 PRINCIPAL
15 - UF	16 - CID

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Trauma do tornozelo e</b>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>MUO de compressão</b>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE 136 MES (2) ALZADO)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura do Tornozelo</b>		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS AT

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TP Cirúrgico</b>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Dr. Claudio Martins</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>17.01.19</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - CNPJ DA EMPRESA	38 - CNAE EMPRESA
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	40 - <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NAO DECLARADO	

**AUTORIZAÇÃO**

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	42 - CÓD. CATEG. SUS/SOR
43 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
45 - DATA DO DOCUMENTO	46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**385.107/00012-05**  
**HOSPITAL DISTRICTAL EDSON BARROS DE OLIVEIRA**  
**Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578**  
**Messejana - Cep. 60.864-810**  
**Fortaleza - Ceará**

*Cláudio Martins*  
35.10.19





REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5157991

PACIENTE: ELENILSON <sup>don</sup> ANSELMO ALVES, 37A		
DATA OPERAÇÃO: 20 / 08	ENFERMIA: 71	LEITO: 60
DR. LEONARDO <sup>Leonardo Ribeiro Duarte</sup> <sup>Clínica do P.O. e Torç.</sup> <sup>CHAMFAL - ROL</sup>	1º AUXILIAR: DR. MAURO	
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADO:
ANESTESISTA: DRA. SAMIRA	TIPO DE ANESTESIA: RAQUI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA TORNOZELO ESS + LESÃO LIGAMENTAR AGUDA		
TIPO DE OPERAÇÃO:		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLÓGICO: NAO		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SIM		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: NAO		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM + SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPIC - ASCEMAS

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB EFEITO ANÉSTESICO
- 2- ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA + APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS + F. ESMACH
- 3- INCISÃO LONGITUDINAL NA LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO  
EM TOPOGRAFIA DE FRATURA
- 4- DISSECAÇÃO POR PLANOS
- 5- VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
- 6- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA TERÇO DE  
CANAL E 06 PARAFUSOS CORTICIS, SENDO DOIS DESTES  
TRANSINDESMOIDAL PARA REPARAR A SINDESMOIDE (LIGAMENTO)
- 7- CONTROLE RADIOGRÁFICO
- 8- SÍNTESE POR PLANOS + RÁFIA DE PELLE + CURATIVO
- 9- RETIRADA FAIXA DE ESMACH
- 10 - ENCAMINHADO PARA SE

Dr. Francisco Mauro G. Costa Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15003 / TSO 7.6016

34.555-107/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578  
Fátima - CEP: 60.864-810  
Ceará

Gráf. HDEBO - 14 - Desc Oper. - 003

Caracina  
CONFERE COM ORIGINAL  
15/10/19

### HOSPITAL DISTRICT

Reg. Ambulatorial: \_\_\_\_\_ . - .

Reg. Radiológica: \_\_\_\_\_

Name: Emerson Inghel

Diagnóstico: Def. Inv.

Data: \_\_\_\_\_ Médico: Barros

Auxiliar \_\_\_\_\_

Redução sob anestesia: \_\_\_\_\_

Realizada: \_\_\_\_\_ após o acidente: \_\_\_\_\_

Volta em:	31/08/19	às	6:30	horas
Volta em:	10/09/19	às	6:30	horas
Volta em:	01/10/19	às	6:30	horas
Volta em:	15/10/19	às	6:30	horas
Volta em:	05/11/19	às	6:30	horas
Volta em:		às		horas
Volta em:		às		horas
Volta em:		às		horas
Volta em:		às		horas
Volta em:		às		horas





R *Relatório Médico*  
 Relato, para os devidos fins, junto ao DPOA-E,  
 que o Sr. Ezequiel dos Santos Alves, Sr.,  
 informou que sofreu acidente de trânsito, em  
 14.08.19, a qual sofreu múltiplas fraturas  
 E, no 1/3 distal da fíbula E; submeteu-se  
 a osteossintese, mobilizada por talo-femoral  
 e fixotrapia; recebeu alta definitiva em  
 22.11.19, com as seguintes sequelas:  
 deformidade de tornozelo E; edema residual;  
 instabilidade de apoio do pé; bloqueio de  
 flexo-extensão do tornozelo; com funções  
 prejudicadas funcionando em 60% do  
 tornozelo E!

Fortaleza.

16/12/19

578/23

Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CFE 919148608-15

Adroaldo Silveira Aragão

MÉDICO

CRM/CE 1600

CONSULTÓRIO:

Rua Tibúrcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará

Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552

CEP: 60125-100

E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com

Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

## Solicitação de Reanálise

Eu, ELENILSON DOS ANJOS ALVES

Portador(a) do RG, 99015022764 e CPF do nº 012.495.393-07

reanálise de meu processo de invalidez permanente de numero de sinistro 3190675409.

visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Aquino (10) 16 de 12 de 2019

ATT, Elenilson dos Anjos Alves

REGISTRO  
GERAL 99015022764DATA DE  
EXPEDIÇÃO 11/08/2014

NOME

ELENILSON DOS ANJOS ALVES

FILIAÇÃO

RAINUNDO ALVES DA SILVA

LENITA DOS ANJOS ALVES

NATURALIDADE

AQUIRAZ - CE

DATA DE NASCIMENTO  
02/12/1981

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:6933 FOLHA:214V

LIVRO:A-VIII AQUIRAZ - CE

CPF 012.495.393-07

2 VIA

Assinatura do Diretor

P.: 7

LEI Nº 7.116 DE 26-08-83

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DO ESTADO DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E FOTOGRAFIA



Polegar Direito



Elenilson dos Anjos ALVES

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 014419498630  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
PPT 01 1007279190 0000000000 2018

NOME  
ELENILSON DOS ANJOS ALVES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
AQUIRAZ /CE

CPF / CNPJ PLACA  
01249539307 OSS3759/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI  
/CE 9C2JC4110ER118969

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 125 FAN KS 2014 2014

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/OCV/124CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
I P V A \*\*\*\*\* \*\* \*\*/\*\*/ \*\* 1\*  
FADA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2\*  
\*\*\*\*\* \*\* 3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*

LOCAL DATA  
AQUIRAZ 31/01/2019

Igor Pontes  
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 014419498630 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01249539307 OSS3759/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

014419498630 79308017113

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 31/01/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 01249539307 OSS3759

RENAVAM MARCA / MODELO  
1007279190 HONDA CG 125 FAN KS

ANO FAB. CL. TÍP. Nº CHASSI  
2014 PART 9C2JC4110ER118969

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRIS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL EM R\$ DO SEGURO PR

PAGAMENTO DATA DE COITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

MOTOR: JC41E1E118969

05838

014419498630  
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

05838  
OSS3759  
CÓD. RENAVAM  
1007279190  
237625 05838

ASSINATURA







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190675409 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENILSON DOS ANJOS ALVES **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO P.3  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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 DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ELKILSON DOS ANJOS ALVES, Brasileiro (a)  
Estado Civil RECUSOU, Profissão RECUSOU Inscrito com o Nº de RG:  
99015077764 e CPF: 012.495.393-07 Residente e  
domiciliado(a) à rua PV ENGÊNHO VELHO  
Nº: 0 Bairro: DT TAPENS Cidade: AGUIAR  
Estado: CE CEP: 61700-000 Fone: (85) 98678-4117

**OUTORGADO:** Bruna Mesquita Monteiro  
Inscrito com o Nº de RG: \_\_\_\_\_  
e CPF: 606.330.133-07 Residente e domiciliado na: Vila do Pão  
Nº: SIN Bairro: DT TAPENS  
Cidade: AGUIAR; Estado: CE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vítima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) ELKILSON DOS ANJOS ALVES, ocorrido em 17/08/19, de natureza da cobertura FURTO/ROUBO.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

CARTÓRIO  
PATACAS

AGUIAR, (CE), 27 de 11 de 2019

ELKILSON DOS ANJOS ALVES

OUTORGANTE

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

ELKILSON DOS ANJOS ALVES

Distrito de Patacas 28 NOV 2019 Aquiraz/CE  
Em testemunho Wantyl da verdade

Wantyl Ferreira da Silva  
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS  
Av. Josué Leite de Freitas, S/N  
Patacas - Aquiraz  
(85) 3113-1331



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431525/19

**Número do Sinistro:** 3190675409

**Vítima:** ELENILSON DOS ANJOS ALVES

**CPF:** 012.495.393-07

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 17/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELENILSON DOS ANJOS ALVES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020  
Nome: BRUNO MESQUITA MONTEIRO  
CPF: 606.330.133-07

BRUNO MESQUITA MONTEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA