



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 **WSOL.21.00165023-9** em **06/01/2021 11:51:50**.
- 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 : Solonópole
Processo : 0051101-20.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.21.00165023-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 06/01/2021 11:51:50

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* : 2776454_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação : 2776454_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-27.pdf
Documentação : 2776454_CONTESTACAO_Anexo_02 - 28-34.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016_LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf

Downloads

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

Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298042

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Data do Acidente: 21/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

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, contados 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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298042

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Data do Acidente: 21/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010017256-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298042

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Data do Acidente: 21/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

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

Multa:	R\$ 17,26
Juros:	R\$ 0,83
Total creditado:	R\$ 861,84

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Valor: R\$ 861,84

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010017256-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200298042 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA **Data do acidente:** 21/02/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 (SEM FOLHA DE CIRURGIA E LAUDO EX DE IMAGEM) PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200298042 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA **Data do acidente:** 21/02/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA NESSE SINISTRO EM LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO. FEITO COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO @2

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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: **312 897 033-53** Nome completo da vítima: **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA**

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

Nome completo: **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA** CPF: **312 897 033-53**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **SITIO VISTA NOVA** Número: _____ Complemento: _____
Bairro: **DISTRITO ASSUNÇÃO** Cidade: **SOLO NO POLE** Estado: **CEARA** CEP: **63 620-000**
E-mail: _____ Tel.(DDD): **(88) 99719 41 43**

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: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **17.256** **1**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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
de: _____
em: _____
por: _____
no dia _____

Local e Data: **SOLO NO POLE - CE, 28 de JULHO de 2020**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

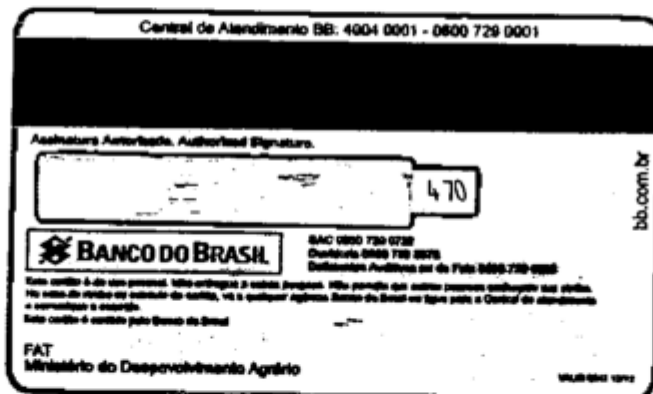
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

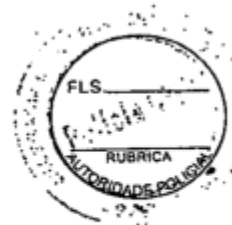
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 MUNICIPAL DE SOLONOPOLE
Impresso nº 2020435488



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 326 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/07/2020 10:14:17**
Data / Hora da Ocorrência: **21/02/2020 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ENTRE A BR 226 E O DISTRITO DE ASSUNÇÃO, ZONA RURAL - ASSUNCAO SOLONOPOLE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA**
Nascimento: **26/12/1966** CPF: _____ UF: _____
RG: **106249586** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA LUIZA NOGUEIRA**
FRANCISCO ESIDIO NOGUEIRA
Endereço: **SITIO VISTA NOVA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.620-000**
Município: **SOLONOPOLE/CE** Telefone: **(08) 89666-3987**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE6796** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2KC1670BR626610** Renavam: **346393124** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO ARIOSTON PINHEIRO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Afirma o Declarante que no dia, local e horário acima indicados estava deslocando-se do Distrito de Assunção para o Município de Solonópole, na companhia de sua filha FRANCISCA ROBERLEIDE PINHEIRO NOGUEIRA, a qual vinha guiando a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, PLACA OCE 6796; Que ao tentar desviar de algumas ovelhas que atravessavam pista sua filha freio a motocicleta, ocasião em derrapou e ambos foram arremessados ao solo; Que sua filha não sofreu nenhuma lesão; Que o Declarante sofreu uma fratura luxação no punho direito; Que sua filha possui CNH; Que a moto é de propriedade de sua filha, mas esta em nome de terceiros. Nada mais disse, dando-se por encerrado este BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

DAYANE FRANCIELE MERELES DOS SANTOS - MAT.: 3012457X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

Consolidado em: 22/07/2020 10:27:47

Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/07/2020 10:27:47



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CÍVEL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE
Impresso nº 2020435488



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 326 / 2020

ANNA RAVENNA DE MATOS FERREIRA - MAT.: 301255-0-9

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: **312 897 033-53** Nome completo da vítima: **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA**

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

Nome completo: **ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA** CPF: **312 897 033-53**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **SITIO VISTA NOVA** Número: _____ Complemento: _____
Bairro: **DISTRITO ASSUNÇÃO** Cidade: **SOLO NO POLE** Estado: **CEARA** CEP: **63 620-000**
E-mail: _____ Tel.(DDD): **(88) 99719 41 43**

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: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **17.256** **1**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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
de: _____
em: _____
data: _____
Assinatura

Local e Data: **SOLO NO POLE - CE, 28 de JULHO de 2020**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Marlucio Nogueira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

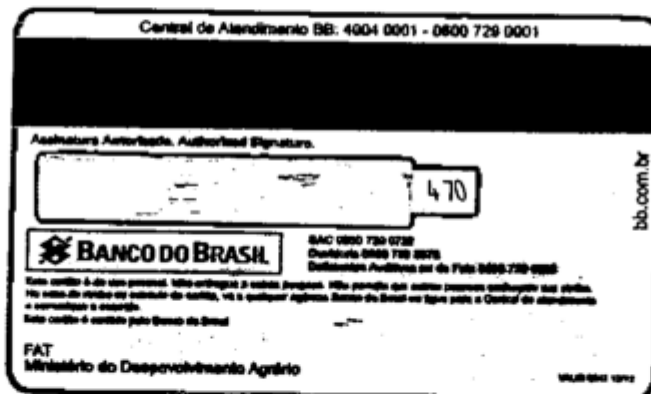
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000010017256-3

Nr. da Autenticação D501D369CADB2A08

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 861,84

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000010017256-3

Nr. da Autenticação F0D5BE36BCD56178

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA,

RG nº 062 495 86, data de expedição 26/05/2016, Órgão SSP,

CPF nº 312 897 033 -53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO VISTA NOVA
Número	89
Apto / Complemento	—
Bairro	DISTRITO ASSUNÇÃO
Cidade	SOLONOPOLE
Estado	CEARA
CEP	63620-000
Telefone de Contato	(22) 99719 4143
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOLONOPOLE-CE, 28 de JULHO de 2020

Assinatura do Declarante: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

1575715

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002



Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.868-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 056153305

Rota SN134803 194000
Nome MANOEL ENIDIO FILHO
Endereço ST VISTA NOVA 00089 DT ASSUNCAO 63620-000

Classificação COLONOPOL
Modalidade T8R8R8 B2 RURAL
Ligação Monofásico
Emissão Medidor 13/03/2020
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA		Proxima prevista		Anterior		Atual	
15/02/2020	15/02/2020	15/02/2020	15/02/2020	15/02/2020	15/02/2020	15/02/2020	15/02/2020
DADOS DA MEDIÇÃO							
Posto	Leit. Anterior	Leit. Atual	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Valor (R\$)
FT	0000	0000					0,00

DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)
JUROS MORATORIOS	0,43021		0,12
CONSUMO			83,03
DEBITO DE PEQUENOS VALORES			28,80

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	83,03	1,10	0,97
COFINS	83,03	5,30	4,40

CONSUMO CONSCIENTE
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensação suas emissões
pelo consumo de energia elétrica
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (100%)

Períodos Band Tarif Verde 19/02 - 18/03
CÉDULA DE CANCELAMENTO
11/2019
Tela: 88.78.22



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópolis - CE

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

34

Nº CAD/SUS 143085893480000	DATA: 21.02.2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Antonio	Enfermeira Plantonista: Douglas	
Pressão Arterial: 120 x 80	Temperatura:	Pulso:
Hora: 06:37	Peso:	Saturação:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Marluvio Nogueira	Endereço: St. Vista Nova	
Sexo: ☒ MASC ☐ FEM	Idade: 53	Estado Civil: casado
Profissão: aprendiz	Naturalidade: Solonópolis	

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal:

História da doença atual:

Acidente motociclistico c/ presença de fratura de
osso do punho direito. Neg. alergias.

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico:

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução
fidel do original que me foi apresentado Dou

Solonópolis 21.02.2020

Em testemunho da verdade

☐ Dra. Maria Gorete Costa Nogueira Leal - Tabela

☒ Ana Telma Pinheiro - Substituta

Válido Somente com Selo de Autenticação

Impressão Diagnóstica:

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

1) Cetona negativa, DUA 1,44DDA 2 SF 11/11/2022

Dr. Antônio Xidira
MÉDICO
CRM-CE: 21029

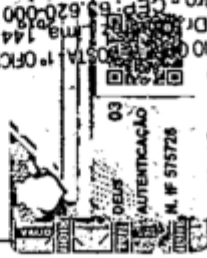
AUTENTICAÇÃO

Autêntico a presente cópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado Dou

Sorompo 08/10/2022 da verdade.
Em testemunho

☐ Dra. Maria Gorete Costa Nogueira Lusa - Taboão
☒ Ave Telma Pinheiro - Substância

Válido Somente com Selo de Autenticação





Clínica Plasma

Atendimento Especializado

ANTÔNIO MARLIÂN NOBRE
doendo muito

Atento que o paciente chegou
foi submetido e cirurgia
no Fêmur - lesões do
ponto direito.

Ficou 1/2 litro de
Fluido - exterior do ponto
nao

no 25/07/00
Ficou-se de 1 litro
definitivo

Rua Antonio Gonçalves Dantas, S/A
Cep: 63.620-000 - Solonópolis - Ceará

Obs. Ao lado do Plasma

Dr. Valério Pinheiro
CRM/CE 6193
Traumato-ortopedista

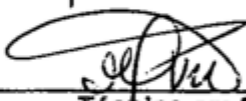


PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO

RADIOLOGIA
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

UNIDADE:	HOSPITAL E MAT. MARIA SUÉLLY N. PINHEIRO	DATA:	20/04/2020
NOME:	Antônio Marquício N.	IDADE:	53
EXAME DE RAIO-X:	antebraço D	MÉDICO:	Dr. Felipe


Técnico em Radiologia



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

5661893

Nome: <u>Antonio Carlos Gomes</u>		Nº AIH/RAE: <u>5661893</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical __AP/P	☐ Clavícula __AP
☐ Tórax __AP/P	☐ Ombro __AP/P	☐ Braço __AP/P	☐ Antebraço __AP/P
☒ Punho __AP/P	☒ Mão __AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna __AP/P	☐ Joelho __AP/P	☐ Tornozelo __AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MSE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data / /	Hora: h minutos

Gonçalo P. Bernardo
Médico Residente
R. 110000-0000

13/26
20/06/20

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA		
Idade: 53 ano(s) 2 mes(es) e 21 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5661893
Endereço: VISTA NOVA		
Num: sn	CEP: 60000-000	UF: CEARÁ
		Bairro: SITIO VISTA NOVA
		Cidade: SOLONOPOLE

Localização		
Clínica: UNIDADE 11	Enfermaria: 111	Leito: 1121
Admissão Emergência:		
Internação 13/03/2020	11:10	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE OPERADO DIA 14/03/2020 DE FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO COM DR. JOÃO MAMEDE.

Exames Realizados

RX / EXAME DE SANGUE

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE.

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S630 - LUXACAO DO PUNHO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S630	LUXACAO DO PUNHO
Não	S621	FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 16/03/2020

Observações Complementares

PACIENTE ENCAMINHADO P/ AMBULATÓRIO DO DR. JOÃO MAMEDE.

Responsável

Médico: FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Data: 16/03/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020512	Procedimento Eletivo	14/03/2020 16:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO CARPO-METACARPIANA	JOAO MAMEDE SOARES BRAGA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200298042

Data da solicitação: 22/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

CPF do beneficiário: 312897033-53

Nome do solicitante: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

CPF do solicitante: 312897033-53

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 997194143

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO DO MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DPVAT, TENDO EM VISTA QUE TIVE FRATURA LUXAÇÃO NO PUNHO DIREITO, PASSEI SEMANAS TENDO QUE TER AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS E AINDA SINTO ALGUMAS LIMITAÇÕES, CONSIDERANDO QUE NÃO PASSEI POR PERÍCIA MÉDICA, PEÇO QUE SEJA MARCADO PARA UMA AVALIAÇÃO MAIS DETALHADA.

SOLONOPOLE/CE, 22 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (à rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (à seu rogo).



Clínica Plasma

Atendimento Especializado

ANTÔNIO MARLÚCIO NOGUEIRA

Atesto que o paciente
analisado foi submetido a
cirurgia por fratura-luxação
GRAVE do PUNHO DIREITO.

Evolui com limitação de
Flexão-extensão do PUNHO
MÃO. Portanto, é Defeito
função - importante
Evitar-se de alto impacto

16/09/2020

Rua Antonio Gonçalves Dantas, S/N

Cep: 63.620-000 - Solonópole - Ceará

Obs. Ao lado do Plasma

Valterino Pinheiro
Traumatologia
CRM 8193



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
312.897.033-53

Nome
ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Nascimento
26/12/1966

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

062.495.86

26.5.86

ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Francisco Esídio Nogueira e
Mária Luíza Nogueira

Lista Nova CE.

26.12.1966

Cert. Nasc. n.º 535, lv. 21, fls. 142
Cart. de São Bernardo-CE.



EXCELYA

CÓDIGO DE CONTROLE
9788.DB7A.606D.5909

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:16:44 do dia 10/12/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015382801260
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 346393124 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME FRANCISCO ARIOSTON PINHEIRO

SOLONOPOLÉ/CE

CPF 86001876304

PLACA QCE6796/CE

PLACA ANT. UF 000000/CE CHASSI 9C2KC1670BR626610

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/LA. VEICULO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. 2P/0CV/143CC CATEG. A COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª 2ª 3ª
FADA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 KOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 29/07/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL SOLONOPOLÉ DATA 13/08/2019

Assinatura: Igor Ponte
Supervisor de Registro DETRAN-CE

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

CE Nº 015382801260 BILHETE DE SEGURO DPVAT

86001876304

QCE6796/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

15382801260

52099455249

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 13/08/2019

VIA 1 CPF/CNPJ 86001876304 PLACA QCE6796

RENAVAM 346393124 MARCA/ MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 CATEG. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670BR626610

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 KOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.608/0001-04

MOTOR: KC16E7B626610





O Seguro do Acidente de Trânsito



05103/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
ENDEREÇO / Address		UF / State	PAÍS / Country
CEP	CIDADE City		

ATENDIMENTO





O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ANTÔNIO MARLÚCIO NOGUEIRA		(38) 9961 7354	
ENDEREÇO / Address			
SÍTIO VISTA NOVA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
63620-000	SOZONÓPOLE	CE	BRASIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Intersecting Number)		
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)		
☐ AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1º	2º	3º	às
/	/	/	/
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
Reintegrado ao serviço postal em / /			
Reinstated to service post			
Data / / Responsável			



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESpesas de ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ANTONIO MARLUCCIO NOGUEIRA
Data do Acidente: 21/09/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 352 887 033-53

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovas das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ANTONIO MARLUCCIO NOGUEIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador:
E-mail: Tel.:
Data: 20/07/2020 Assinatura: Antônio marluccio Nogueira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): COBRELOS
Atendente: JOCEVANDO H. ALMEIDA Matrícula: 858123-2
Data: 20/07/2020 Assinatura: Jocevaldo H. Almeida

NOME		FRANCISCA ROBERTLEIDE PINHEIRO NOGUEIRA	
DOCUMENTO / ORG. EMISOR		20072071170 SSP/MS CH	
	CPF	048-480-073-64	DATA NASCIMENTO
	12/02/1990		
FUNÇÃO			
ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA			
FRANCISCA ROBERTLEIDE PINHEIRO NOGUEIRA			
PERMISO	ACC	CALHA	
17/07/2020	22/10/2009		
OBSERVAÇÃO			
SEM OBSERVAÇÃO			
Assinatura: Robertleide P. Nogueira			
LOCAL		DATA CRIAÇÃO	
IGUAZU CH		24/07/2015	
88680160714		CH148604315	
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO			

Nº do Cliente: **9684373**

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60138-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 062670809

Rota SN626R01 - 76270 Referência 05/2020
Nome FRANCISCA ROBERLEIDE PINHEIRO NOGUEIRA
Endereço ST COLONIA, 11111, -DT SAO JOSE, 63620-000, SOLOMONPOLE

Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária B2 RURAL
Ligação Monofásico

Emissão 11/05/2020
Medidor 6298526-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO RISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.P.: 22 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
02 94 1000	11 05 2020	09 06 2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	6.236	6.110	1.00	226	00	226	0,58566	132,36

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,58566	132,36
MULTA	-	19,06

Tributo:

	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	132,36	27,00	35,74
PIS	132,36	0,77	1,02
COFINS	132,36	3,53	4,67

VENCIMENTO 18/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 151,42

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

CPF/CNPJ 048.480.073-64

Entrada kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA voce possui conta(s) em atraso (Ref:2020/03 Valor R\$187,39). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. 06.2019 261,05 06.2015 291,22)



O Seguro do Acidente de Trânsito



02.10



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLEIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904			
ENDEREÇO / Address		UF / State	PAÍS / Country
CEP Zip			

ATENDIMENTO





O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



dpvatoficial



dpvatoficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ANTÔNIO MARLÚCIO NOGUEIRA		(188) 9961 7354	
ENDEREÇO / Address			
SÍTIO VISTA NOVA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
63020-000	SOLOMOPOLÉ	CE	BRASIL



BROBAG
Recicla e protege o meio ambiente
Tel: (41) 3304-3000



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)		
☐ AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1ª	2ª	3ª	às
1	1	1	1
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
☐ Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___			
Data ___/___/___ Responsável: _____			



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Data do Acidente: _____ Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: _____

E-mail: _____ Tel.: () _____

Data: 28/09/2020 Assinatura: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): POC UAUUO LT ALMEIDA

Atendente: Correios Matrícula: Indicação da Agência de Atendimento

Data: 28/09/2020 Assinatura: [Assinatura]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233651/20

Vítima: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

CPF: 312.897.033-53

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 21/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA : 312.897.033-53

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: 19/08/2020
Nome: ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA
CPF: 312.897.033-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

ANTONIO MARLUCIO NOGUEIRA

Alexandre Tavares Belfort