Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

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 **WEB1.21.01825765-9** em **22/01/2021 10:49:13**.
- 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 : 0267823-64.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01825765-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 22/01/2021 10:49:13

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* : 2777687_CONTESTACAO - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO-JOANA - 1-29.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

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

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221806 **Vítima: JOANA PAULA DA SILVA**

Data do Acidente: 25/02/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

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

Pag. 01445/01446 - carta_01 - INVALIDEZ
00030723
Carta nº 15880756

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

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221806 **Vítima: JOANA PAULA DA SILVA**

Data do Acidente: 25/02/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

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

Pag. 01851/01852 - carta_01 - INVALIDEZ
00010926
Carta nº 15886284

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

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221806 **Vítima: JOANA PAULA DA SILVA**

Data do Acidente: 25/02/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

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: **JOANA PAULA DA SILVA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **004**
Agência: **0000088**
Conta: **000004026-1**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01613/01614 - carta_15R - INVALIDEZ
00020807

Seguradora **LÍDER**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joana Paula da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 2002014001125 EXPEDIDO POR SSP CE EM 14/02/02 E CPF 006396353-18 / CNPJ _____, PROFISSÃO Doméstica E RENDA MENSAL DE R$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joana Paula da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal),
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 056 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4036 - 1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Crateús-CE 15 de agosto de 2017 × Joana Paula da Silva

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.novoseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SABEMI SEGURADORA S/A

22 AGO 2017

RECEBIDO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 006.396.353-18

4 - Nome completo da vítima: JOANA PAULA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOANA PAULA DA SILVA

6 - CPF: 006.396.353-18

7 - Profissão: RECUSA

8 - Endereço: RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA

9 - Número: 436

10 - Complemento: RECUSA

11 - Bairro: SOLON LIMA VERDE

12 - Cidade: ARACOIABA

13 - Estado: CEARÁ

14 - CEP: 62750,000

15 - E-mail: RECUSA

16 - Tel.(DDD): (85)99294 5644

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: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: 88 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 4026 1 (informar o dígito se existir)

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

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

☒ **Declaro**, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou neto(a)/bisneto(a)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ARACOIABA 22/06/2020

Joana Paula da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 650 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**
Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**
Complemento:
Bairro: **PQ CENTENARIO** Município: **ARACOIABA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**
Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**
RG: **2002014001125** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**
FRANCISCO CHAGAS DA SILVA
Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**
Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE** CEP:
Município: **ARACOIABA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta, ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram ; que a motocileta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acredita que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarnte quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamneto. E nada mais disse.*/////*

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : F. Soares
FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE OLIVEIRA - MAT.: 404834-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Joana Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :
RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1-5

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 650 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**
Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**
Complemento:
Bairro: **PQ CENTENARIO** Município: **ARACOIABA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**
Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**
RG: **2002014001125** Orgão Emissor:**SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**
FRANCISCO CHAGAS DA SILVA
Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**
Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE** CEP:
Município: **ARACOIABA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta, ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram ; que a motocileta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acredita que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarnte quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamneto. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Fº Soares
FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE OLIVEIRA - MAT.: 404834-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Joana Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :
RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Comitê de Inexistência de IML
0004

Eu, Joana Paula da Silva, portador da carteira de identidade nº 2002014001125 e inscrito no CPF/MF sob o nº 006.396.353-18, residente e domiciliado na Rua Joaninha Alves de Oliveira, 436, Cidade Aracoiaba, Estado Ce, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Joana Paula da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracoiaba/Ce 15/08/2017

Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 006.396.353-18

4 - Nome completo da vítima: JOANA PAULA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOANA PAULA DA SILVA

6 - CPF: 006.396.353-18

7 - Profissão: RECUSA

8 - Endereço: RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA

9 - Número: 436

10 - Complemento: RECUSA

11 - Bairro: SOLON LIMA VERDE

12 - Cidade: ARACOIABA

13 - Estado: CEARÁ

14 - CEP: 62750,000

15 - E-mail: RECUSA

16 - Tel.(DDD): (85)99294 5644

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: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: 88 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 4026 1 (informar o dígito se existir)

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

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

☒ **Declaro**, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou neto(a)/bisneto(a)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ARACOIABA 22/06/2020

Joana Paula da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃ DE INTERNAÇÃO

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:

6 - Nº DO PRONTUÁRI: C52-83

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/04/83

9 - SEXO: Masc. ( ) Fem. (X)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 420-8

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

SABEMI SEGURADORA S/A
18 SET 2017
RECEBIDO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: CT

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 01

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENT

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/09/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELH

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

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: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA PAULA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00088

CONTA: 000000004026-1

Nr. da Autenticação 889529503AC3D840

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joana Paula da Silva,

RG nº 2002014001125, data de expedição 14/02/02, Órgão SSP/CE,

CPF nº 006.396.353-18 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)	Rua Joaninha Aires de
Número	Oliveira, 436
Apto / Complemento	
Bairro	Salon Lima Verde
Cidade	Crateúbas
Estado	CE
CEP	62750-000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Crateúbas/CE 15/08/2017

Assinatura do Declarante: Joana Paula da Silva

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

1388602-9

de 20 de abril de 2002

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza-CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA, SERVIÇOS E TELECOMS | NF: 422976014

Rota 06 27010 56 100000 - 0 Data de Emissão 09/03/2016

Nome MARIA CRISTIANE DA SILVA

End. Postal RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA 00436
-SOLON LIMA VERDE -ARACOIABA- 62750000

Medidor 7819372 Ponta 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 323338543-91 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2016	09/03/2016	08/04/2016

INDICADORES DE QUALIDADE DOS 12 MESES

Veja a legenda na última conta.

Conjunto Jan/2016 EUSO 18,60

Mês DICRI= 16,66 %

	Período Individual			Apuração Individual		
	(Conj)	Trim	Anual	Mensal	Trim	Anual
DIC	10,87	21,48	42,92	1,07	1,07	1,07
FIC	7,74	15,30	30,65	1,00	1,00	1,00
DMIC	5,00			1,07		

FATURA

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
1530,10		

ACESSO ASSOCIADO AO CONTRATO FISCAL

TOE.1302.6936.5093.2420.8801.A97B.IMPR

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit.Atual	Leit.Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons.Ind.	Cons.Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
11361	11236	1,00	125	0,00	50	[illegible]	[illegible]
					70	[illegible]	[illegible]
					25	[illegible]	[illegible]
09/03/16	10/02/16		22 DIAS		125		34,12

DESCRIÇÃO	VALOR(R$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	56,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-22,75
MULTA MORATORIA REF 02/2016	0,82
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,25
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,84
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R$ 1,96).	

VENCIMENTO **16/03/2016** TOTAL A PAGAR (R$) **47,03**

INFORMAÇÃO DE VALOR DE CONSUMO

Energia	22,42
Transmissão	0,46
Distribuição	3,74
Encargos Setoriais	1,25
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,89
TOTAL	34,96

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh) Média: 132

Fev/15	Mar/15	Abr/15	Mai/15	Jun/15	Jul/15	Ago/15	Set/15	Out/15	Nov/15	Dez/15	Jan/16	Fev/16
132	125	135	130	116	120	75	130	146	134	145	150	163

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO2 (kg/CO2)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica através do Gerador.

Emitido kg(CO2)	Compensado kg(CO2)	Consciência Ecológica (% CO2)
54,03	0,00	0 — 100

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO

Informamos existir debito vencido nao acrescimos legais ate esta data, no valor de R$ 136,46. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em ate 30 dias contados a partir da fatura vencida e nao paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R$
01/2016	52,70
02/2016	53,76

Consta desta fatura R$ 2,89 referente a PIS e COFINS.

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

Nº do Cliente: 1388602-9 Referência: Mar/2016
Data de Emissão: 09/03/2016 Total a Pagar (R$): 47,03
Nº da Nota Fiscal: 422976014 Nº de Controle: 0801388602 00499 39382 08

1388602-9

Para agilizar seu atendimento, utilize o Nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Coelce
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60165-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.348-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | RF 465021048

Rota 06 27010 56 100000 - 0

Data de Emissão 08/02/2017

Nome MARIA CRISTIANE DA SILVA

End. Postal RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA 00436
SOLON LIMA VERDE - ARACOIABA - 62750000

Medidor 7819372

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Posto 0000 0000

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 323338543-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próximo Leitura
Fev/2017	08/02/2017	09/03/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto E-TURITE
Mês Dez 2016 EDEC 31.96

	Padrão (DEC)			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10.71	21.46	42.92	8.54	6.54	4.40
FIC	5.57	15.34	30.65	2.00	4.00	5.00
DMIC	5.71			1.15		

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]		[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	63,96
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-24,71
MULTA MORATORIA REF 01/2017	0,82
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,39
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,58

15/02/2017 52,04

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	[illegible]
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	[illegible]
TOTAL	[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh/mês de maior)

134	131	130	145	122	139	150	131	129	129	125	150	125

CONSUMO ADEQUADO - EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
50,62	0,00	[illegible]

CONTAS EM ATRASO

[illegible]

DEBITOS ANTERIORES

Referência	Valor (R$)
01/2017	51,30
Total	51,30

Conta deste fatura R$ 4,87 referente a [illegible]

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

Nº do Cliente

Referência

Data de Emissão: 08/02/2017

Total a Pagar (R$): Fev/2017 52,04

Nº da Nota Fiscal: 465021048

Nº de Controle: 0001388602 00510 39512 55

83890000000-5 52040031000-3 00013886020-3 05103951248-1

Nº do Cliente
8335038

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

enel

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 067036892

Rota AC006R56 - 100000
Referência 06/2020
Nome JOANA PAULA DA SILVA
Endereço RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA, 00436, SOLON LIMA VERDE, 62750-000, ARACOIABA
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Emissão 10/06/2020
Medidor 1543402-INE-019

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
12/05/2020	10/06/2020	10/07/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FF	17.849	17.649	1,00	200	00	200	0,00000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CRÉDITO PRÓXIMAS FATURAS	-	1,18
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	14,32
PIS COMPL BX RENDA	-	1,48
COFINS COMPL BX RENDA	-	6,76
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-149,59
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	149,59
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 101 KWH ATE 200 KWH	-	0,00
PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC	-	-67,61
JUROS MORATORIOS	-	3,25
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	40,62

Tributo:	Base (R$):	Aliquota (%):	Valor (R$):
ICMS	0,00	27,00	0,00
PIS	149,59	0,99	1,48
COFINS	149,59	4,52	6,76

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
25/06/2020	0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 006.396.353-18

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2): 73,08
Compensado kg (CO_2): 0,00
Consciência Ecológica (%CO_2) 0

MENSAGEM AO CONSUMIDOR

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 13/05 - 10/06
Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100% na parcela de consumo até 220kwh.

Nº do Cliente:	8335038	Referência:	06/2020
Data de Emissão:	10/06/2020	Total a Pagar (R$):	0,00
Nº da Nota Fiscal:	067036892	Nº de Controle:	10014551550

V:[1.0.0.13]

Documento Circular SUSEP 445/12

0030

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passivel de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Itamar Simão da Silva portador(a) do RG nº 3253110-97, expedido por _____, em 17/11/1997 CPF/CNPJ nº 832982903-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Joana Paula da Silva do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima Joana Paula da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou Renda Mensal: R$ recusou

Documentos comprobatórios: recusou

x Itamar Simão da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

Declaração do proprietário do veículo

DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO

Eu, *Diomedio Rodrigues Costa*, RG 2009004060-5, data de expedição em 30/12/2014-SSPDS/CE, Portador do CPF 894.035.413-34, residente e domiciliado no sitio Barra Nova, zona rural de Itapiúna/CE, declaro sob as penas da lei, que o veículo abaixo descrito está/estava registrado em meu nome na data do acidente ocorrido com a vítima *Joana Paula da Silva* em 25/02/2016, cujo condutor era

DADOS DO VEÍCULO

MARCA/MODELO: *MOTOCICLETA KASINSKI/COMET 150 70*

ANO/MODELO: *2010/2010*

PLACA: *OII-1294*

CHASSI: *93FCMACFBBM007516*

COR: *PRETA*

Assinatura do declarante: Diomédio Rodrigues Costa

Assinatura do condutor:

CARTÓRIO DE REG. CIVIL 1º OFÍCIO
Aracoiaba - CE
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheço a(s) firma(s) de Diomédio Rodrigues Costa e [illegible]

18 JUN. 2016

Maria Cleonice Alves da Cunha
Oficial Substituta

Rafael Leite Albuquerque Moreno
Tabelião / Registrador

SABEMI SEGURADORA S/A

22 AGO 2017

RECEBIDO

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Documentação médico hospitalar

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/04/83

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [X] 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO — DDD — Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 420-8

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/7/21

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

...ME 15:15	CLÍNICA CT	BLOCO/LEITO	BLOCO/LEITO 215
...OME Joana Paula da Silva			REGISTRO 050.832
...NATURALIDADE Riomar-Ce	SEXO F	NASCIMENTO 22.04.83	IDADE 32	COR P	RELIGIÃO
...ESTADO CIVIL Casada	PROFISSÃO Agricultora	GRAU DE INSTRUÇÃO	PROCEDÊNCIA Amarante
...ESIDÊNCIA Sítio Lima Verde		BAIRRO	FONE 9663.2567
...AÇÃO Pai Chagas da Silva			
	M= Catarina da Silva		
...OME DO CÔNJUGE			
...ESSOA A ENTRAR EM CASO DE URGÊNCIA			PARENTESCO
...ESIDÊNCIA		BAIRRO	FONE
...ESPONSÁVEL			PARENTESCO
...ÊNCIA		BAIRRO	FONE
...DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO			
...TA DA INTERNAÇÃO 25/07/16	DATA DA SAÍDA 25.07.16	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE

...ESIDÊNCIA

...TA

- ☐ 1 - CURADO
- ☐ 2 - MELHORADO
- ☐ 3 - INALTERADO
- ☐ 4 - PEDIDO
- ☐ 5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO

TIPO

- ☐ 6 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR)
- ☐ 7 - POR INDISCIPLINA
- ☐ 8 - POR EVASÃO
- ☐ 9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL

ÓBITO

- ☐ 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS
- ☐ 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO
- ☐ 2 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs
- ☐ 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs
- ☐ 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO ATÉ SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO
- ☐ 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO
- ☐ 6 - ÓBITO POR ANESTESIA

...AGNÓSTICO DEFINITIVO	CÓDIGO
...AGNÓSTICO SECUNDÁRIO	CÓDIGO
...PERAÇÃO	CÓDIGO

...ÓBITO ☐ ANTES DE 24hs ☐ DEPOIS DE 24hs | AUTÓPSIA ☐ SIM ☐ NÃO

...BSERVAÇÕES

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

Edna
SAME - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM

ARACIARA
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACIARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

Nº DA GIH

REC.

CIRURGIA
1 - Peq. 4 - Sinu
2 - Média 5 - Mult.
6 - Grande 0 - Especial
7 - Princ. e Secundária

ANESTESIA
☐ Local ☐ Geral ☐ Outros

Início		Término	
Hora	Min	Hora	Min

Nome do Paciente:

Diagnóstico:

Operação:

CÓDIGO CID
Convênio | Categoria | Detalhes

Código SSM

Início	Término	Duração

Dia	Mês	Ano

Dia útil
☐ Sim
☐ Não

Em minutos c/ acrésc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).

Anestesia

Minutos total	Minutos c/ acréscimo

61	MATERIAL DE SALA	TIPO	Q	V.U	V.T

65	MEDICAMENTO DE SALA	TIPO	Q	V.U	V.T

74 Oxigênio

Início Horas	Têrm. Horas	Total de Horas

Assinatura da Enfermeira

Assinatura Cirurgião

SABEM SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

Agentes Anestésicos

Líquidos

Respiração

Pulso

Operação

Código

P.P. Arterial

Anestesia

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo	1º Auxiliar - Ass. e Carimbo
2º Auxiliar - Ass. e Carimbo	2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MEDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

ME 15:15	CLÍNICA CT	BLOCO/LEITO	BLOCO/LEITO 525
ME Joana Paula da Silva			REGISTRO 050 832
RALIDADE Russas - CE	SEXO F	NASCIMENTO 22 04 83	IDADE 32 / COR P / RELIGIÃO
ADO CIVIL Casada	PROFISSÃO Agricultora	GRAU DE INSTRUÇÃO	PROCEDENCIA Aracoiaba
S Sítio Lima Verde		BAIRRO	FONE 9663 2527
ÃO Fco Chagas da Silva M= Catarina da Silva			
ETO CÔNJUGE			
SSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA			PARENTESCO
SIDÊNCIA		BAIRRO	FONE
SPONSÁVEL			PARENTESCO
DÊNCIA		BAIRRO	FONE
QUEIXA E MOTIVO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO			
DATA DA INTERNAÇÃO 25/02/16	DATA DA SAÍDA 25.02.16	DIAS DE HSOPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE

SAÍDA	TIPO	ÓBITO
1 - CURADO 2 - MELHORADO 3 - INALTERADO 4 - PEDIDO 5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO	☐ 6 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR) ☐ 7 - POR INDISCIPLINA ☐ 8 - POR EVASÃO ☐ 9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	☐ 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS ☐ 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ 2 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs ☐ 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs ☐ 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO ☐ 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO ☐ 6 - ÓBITO POR ANESTESIA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	CÓDIGO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	CÓDIGO
OPERAÇÃO	CÓDIGO

ATO ☐ ANTES DE 24hs ☐ DEPOIS DE 24hs | AUTÓPSIA ☐ SIM ☐ NÃO

OBSERVAÇÕES

p/ Silveira

Edna

SAME - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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: [illegible]

6 - Nº DO PRONTU: [illegible]

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/04/83

9 - SEXO: Masc. [ ] Fem. [X]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Ma. Catarina Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE:

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO): Tom. Salon Jaima Leite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Miracema

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 420-8

15 - UF: CE

16 - CEP: [illegible]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente [illegible] para [illegible] e [illegible] dia [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Hemorragia de [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

[illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: [illegible]

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIA:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: 02

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 01

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTI:

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/04/5

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONS:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CE:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITA:

p/ Jaiwana

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

Agentes Anestésicos

Líquidos

Código
○ Respiração
△ Pulso
□ Operação
V P.P. Arterial
A X Anestesia

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

DATA :

Cirurgião - Ass. e Carimbo	1º Auxiliar - Ass. e Carimbo
2º Auxiliar - Ass. e Carimbo	2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):
Joana Perla da Silva

vítima de acidente de transito, em 25/02/2016, sofreu:
fratura do molar direito direito
CID. S52.5

e submeteu-se a tratamento(s): cirúrgico
redução e fixação da fratura
fisioterapia

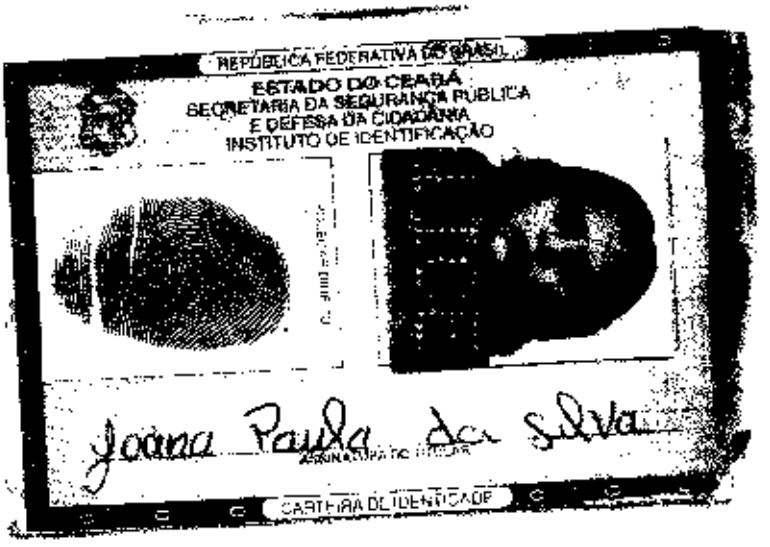
encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:
Dores e desconforto na articulação da mandíbula direita
fadiga e cansaço precoce ao
movimentar
movimentos com carga perpétua
fraqueza muito diminuída
prejudicado do ocluente
limitação funcional
grau médio definitivo

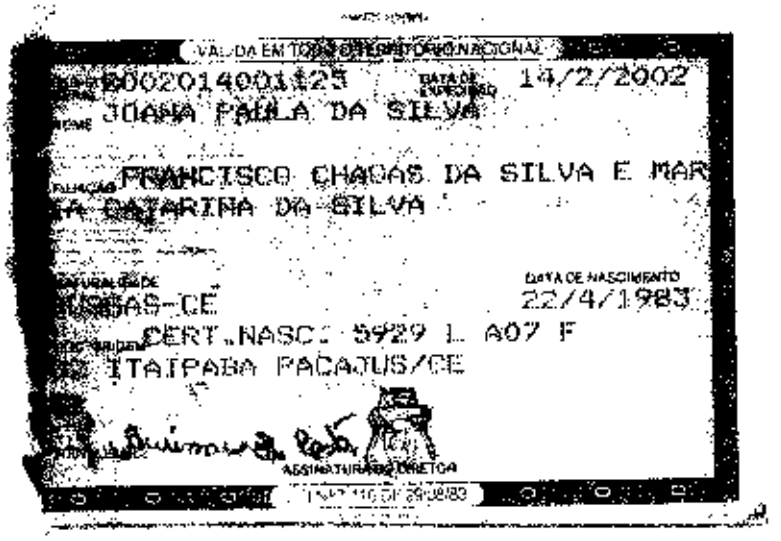
18/05/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 4411

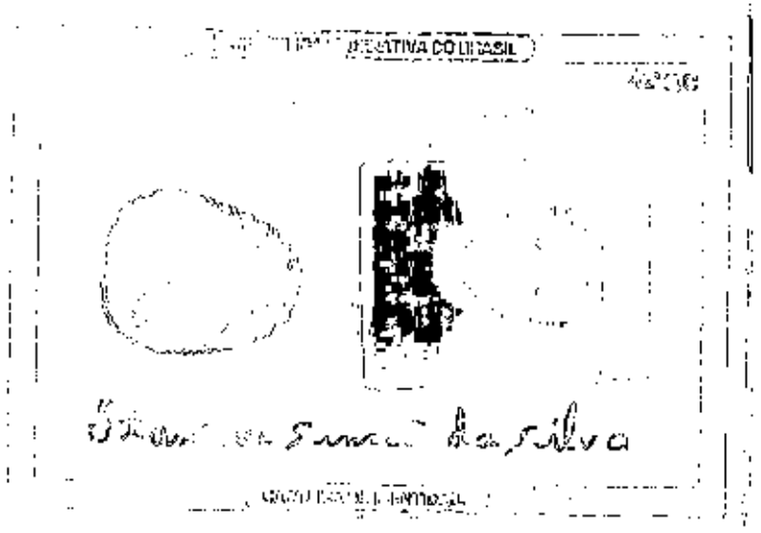
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

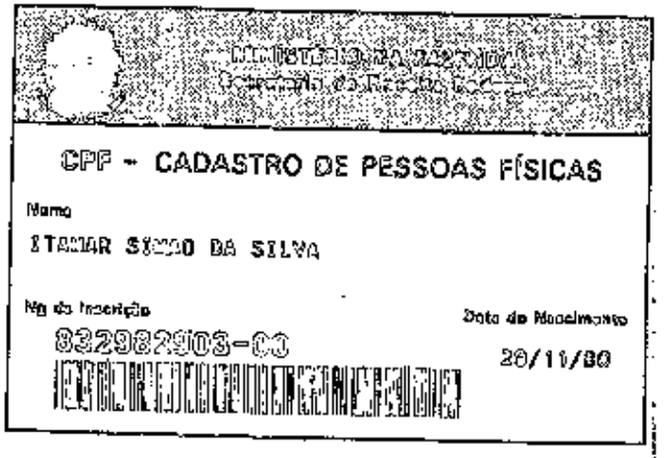
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.





SABEMI SEGURADORA S/A
RECEBIDO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ITAMAR SIMÃO DA SILVA

Nº de Inscrição

832982903-00

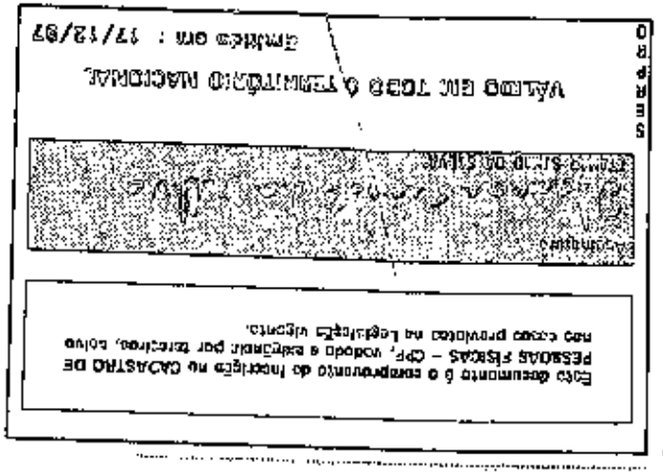
Data de Nascimento

20/11/80

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

22 AGO 2017



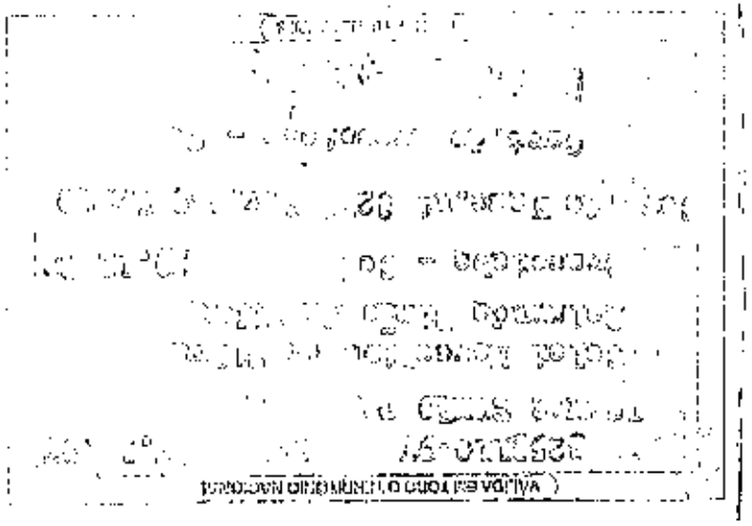
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS – CPF, válido e aceitável por tempo indeterminado nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

ITAMAR SIMÃO DA SILVA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 17/12/97



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DO CEARÁ
Joana Paula da Silva

2002014001125
14/2/2002
JOANA PAULA DA SILVA
FRANCISCO CHAGAS DA SILVA E MAR
IA CATARINA DA SILVA
RUSSAS-CE
22/4/1983
CERT.NASC. 5929 L A07 F
02 ITAIPABA PACAJUS/CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
006.396.353-18
Nome
JOANA PAULA DA SILVA
Nascimento
22/04/1983
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 010822286049

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
FABR 02	467384142	0000000000	2014

NOME
DIOMEDIO RODRIGUES COSTA
****
****
ARACOIABA/CE

CPF/CNPJ	PLACA
89403541334	OII1294

PLACA ANT/UF	CHASSI
******/CE	93FCMACFBBM007516

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
KASINSKI/COMET 150 70	2011	2011

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
*******, **	**/**/**	1ª *****
		2ª *****
		3ª *****

FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO/COTAS
***	*******, **

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

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
ARACOIABA	11/11/2014

Igor Ponte
SOLICITADOR DETRAN-CE

DENATRAN
CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍ
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010822286049 BILHETE DE SEGURO D

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

894035 PLACA OII1294

EXERCÍCIO	DATA EMISS
2014	11/11/2

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
02	89403541334	OII1294

RENAVAM	MARCA / MODELO
467384142	KASINSKI/COMET 150 70

ANO FAB.	CAT. DAE	Nº CHASSI
2011	09	93FCMACFBBM007516

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (I

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO

PAGAMENTO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
00/00/000

PROPRIETARIO
LOTE/DO[illegible]RE
MOTOR: 9CAFB0[illegible]

SEGURADORA LÍDER DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221806 **Cidade:** Aracoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 04 // DOC PÁG. 02 //
DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO MARDONIO SALMITO DE ALMEIDA, CRM CE 4411, EM 18/06/2020, ACOSTADO NA PÁGINA 04.

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**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171826/20

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2016

CPF: 006.396.353-18 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOANA PAULA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOANA PAULA DA SILVA : 006.396.353-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 22/06/2020	Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: JOANA PAULA DA SILVA	Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 006.396.353-18	CPF: 657.763.053-49
JOANA PAULA DA SILVA	LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Joana Paula da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada

Profissão: do lar

Identidade: 2002014001125 CPF: 006.396.353-18

Endereço: Joaninha Alves de Oliveira Bairro: conjunto Sebon Lima Verde

Cidade: Aracoiaba CEP:

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Itamar Simão da Silva

Nacionalidade: Aracoiaba Estado Civil: casado

Profissão: Garçon

Identidade: 3253110-97 CPF: 832982903-00

Endereço: Bairro:

Cidade: aracoiaba CEP: 62750.000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, _____.

Local: Aracoiaba UF: CE, Data: 17 de 02 de 2014.

CARTÓRIO DA 1ª OFICIO ARACOIABA - CE

Joana Paula da Silva

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

CARTÓRIO DE REG. CIVIL 1º OFÍCIO Aracoiaba-CE

Reconheço a(s) firma(s) de: JOANA PAULA DA SILVA

Dou fé

Por autenticidade ( ) por semelhança

Em teste do verdade. - Aracoiaba-CE

17 1 FEV. 2017

Gleyson Pinto de Figueiredo

Escrevente Autorizado

SELO DE AUTENTICIDADE

Nº CE 008154

MAIS 02

BRASEMI SEGURADORA S/A

22 AGO 2017

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Joana Paula da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada

Profissão: do lar

Identidade: 2002014001125 CPF: 006.396.353-18

Endereço: Joaninha Alves de Oliveira Bairro: conjunto Solon Lima Verde

Cidade: Aracoiaba CEP: 62750-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Itamar Simão da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado

Profissão: Gari

Identidade: 3253110-97 CPF: 832.982.903-00

Endereço: Rua Joaninha Alves de Oliveira 436 Bairro: Solon Lima Verde

Cidade: aracoiaba CEP: 62750-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Joana Paula da Silva.

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO ARACOIABA - CE

Local: Aracoiaba UF: CE, Data: 21 de Fevereiro de 2017.

Joana Paula da Silva

Assinatura do Outorgante.

SABEMI SEGURADORA S/A
18 SET 2017
RECEBIDO

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

Aracoiaba-CE
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheço a(s) firma(s) de: Joana Paula da Silva como autêntica(s). Dou fé
( ) por autenticidade ( ) por semelhança
Em testemunho de verdade. - Aracoiaba-CE
21 FEV. 2017
Gilderson Pinto de Figueiredo
Escrevente Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171826/20

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2016

CPF: 006.396.353-18 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOANA PAULA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOANA PAULA DA SILVA : 006.396.353-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 22/06/2020	Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: JOANA PAULA DA SILVA	Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 006.396.353-18	CPF: 657.763.053-49
JOANA PAULA DA SILVA	LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA