



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 **WITC.21.00166025-0** em **11/02/2021 11:17:34**.
- 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 : Itapipoca
Processo : 0050444-85.2020.8.06.0101
Protocolo : WITC.21.00166025-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/02/2021 11:17:34

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* : 2784649_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2784649_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-8.pdf
Documentação : 2784649_CONTESTACAO_Anexo_02 - 9-14.pdf
Documentação : 2784649_CONTESTACAO_Anexo_02 - 15-21.pdf
Documentação : 2784649_CONTESTACAO_Anexo_02 - 22-27.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567630

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002732-4**

Conta: **000010029663-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

101.411.563-92 ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA 101.411.563-92

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

ESTUDANTE RUA JOSE DE ANCHIETA 00514

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

NOVO HORIZONTE ITAPIPOCA CE 62500-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

macielr2016@gmail.com 88 9-96282320

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:

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

162.235.663-87 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2732 4 CONTA: 29663 5

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITAPIPOCA - CE 28/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190567630
Nome do(a) Examinado(a): Ana Karoline Paiva de Mesquita
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose de Anchieta, 514
Novo Horizonte Itapipoca CE CEP: 62502-556
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20191475798
Data local do acidente: [02/05/2019]
Data local do exame: [19/10/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**TRAUMATISMO CRANIANO
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO**

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

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 03/09/2019**

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS. LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100°, FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU IV E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

SEQUELA FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS E DA MARCHA.

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Impresso nº 2019578183

PA-0344795/19
7190567630

549145

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3949 / 2019**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/08/2019 11:19:09**Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Município: **ITAPIPOCA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA**Nascimento: **01/07/2007** CPF: **101.411.563-92**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO****DANILO PEREIRA DE MESQUITA**Endereço: **RUA JOSE DE ANCHIETA , 514**Bairro: **NOVO HORIZONTE**Município: **ITAPIPOCA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Noticiante(s)Nome: **TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA**Nascimento: **14/03/1966** CPF: **871.591.713-49**RG: **2495478**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIANA PEREIRA DE SOUSA****PEDRO PAULINO DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA JOSE DE ANCHIETA , 514**Bairro: **NOVO HORIZONTE**

CEP:

Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99273-4855****Histórico**

Narra que na data, hora e local citados acima, sua neta ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA(12 anos), caminhava em direção à sua residência, quando fora atropelada por uma motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, PLACA: HYD7486, FAB/MOD:2008, COR:PRETA, CHASSI:9C2JA04208R128492, registrada em nome de Maria da Anunciação do Nascimento; Que a referida motocicleta era conduzida pela pessoa de quem sabe informar o nome Emerson Gabriel Sales Sousa; Que em decorrência do atropelamento, sua neta quebrou fêmur e foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de atendimento de nº255859 e atendimento de nº0001, em anexo. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: A noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

Terezinha Pereira de Mesquita.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Impresso nº 2019578183



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3949 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Reginilda Pereira de Mesquita

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

101.411.563-92 ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA 101.411.563-92

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

ESTUDANTE RUA JOSE DE ANCHIETA 00514

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

NOVO HORIZONTE ITAPIPOCA CE 62500-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

macielr2016@gmail.com 88 9-96282320

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:

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

162.235.663-87 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2732 4 CONTA: 29663 5

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITAPIPOCA - CE 28/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ISENTO DE ENCLAVAMENTOS
Conf. Lei 6015/73 e 7115/83



Válido somente com
Selo de Autenticidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DO Ceará
MUNICÍPIO DE Itapipoca
DISTRITO DE Itapipoca



(NASCIMENTO Nº 86.199)

AMÉLIA DE SOUSA FROTA

Oficial a do Registro Civil,

Por Nomeação Legal, etc...

CERTIFICO, que às fls. 489 do livro n.º A - 72 do Registro
de Nascimento foi Lavrado o assento de ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA.

X.X.X.X.X.

X.X.X.X.X.X.X.

X.X.X.X.X.

nascido aos Primeiro (1º) de Julho de 2007

às 08 horas e 40 minutos em: Itapipoca(CE) do sexo

Feminino

filho de DANILO PEREIRA DE MESQUITA

e MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

Sendo avós paternos Gerson de Mesquita

e Terezinha Pereira de Mesquita

e maternos Manuel Julião Damasceno

e Raimunda Alves de Paiva

Foi declarante Os Pais.

e serviram de testemunhas Antônia Lucilea da Silva e

Francisca Raimundo da Silva

Observações: Registro feito hoje.

O referido é verdade e dou fé.

Itapipoca(CE)

26 de Julho

de 2007

O Oficial do Registro Civil

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: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02732-4

CONTA: 000010029663-7

Nr. da Autenticação 068B62F3764A44A0

Esta é a sua conta de
07/2019

Nº DO CLIENTE	860878
VENCIAMENTO	19/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	51,13
DATA EMISSÃO	12/07/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto Tarifário	Consumo Leitura Anterior	Consumo Leitura Atual
HFP	25668,30	25812,00

Descrição da Conta	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
DP Exat			5,74
Consumo em Subgrupo			14,80
Desconto Bônus Perda			14,80
Consumo em 100 kWh até 100 kWh	30	0,18233	5,47
Consumo em 100 kWh até 150 kWh	21	0,31160	6,55
Adicional Bônus Acumulado			0,11
Desconto de Pequena Voltagem			24,47
Costo Coprod. Br. Renda			0,00
Ph Coprod. Br. Renda			0,00
Costo Sutura 0000 0000 0000			0,35
Bonus Trabalho			

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
Base (R\$)	28,04	0,16
ICMS	28,04	0,77
ICMS	0,00	0,00

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeir, 150, Fortaleza, CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.148-3

DADOS DO CLIENTE

Nome TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA
Endereço RU JOSE DE ANCHIETA 00514
62502-556 ITAPOCA NOVO HORIZONTE
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação MONOFÁSICO
Medidor 380845-SCH-001 - IC005U01

CPF / CNPJ 871.591.713-49

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
17CA-343C.D7A6.12EF.4A78.9A8A.D827.18CA

DATAS DE LEITURA	Atual	Prev. Próx. Leitura
Anterior	10/06/2019	12/07/2019

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeir, 150, Fortaleza, CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.148-3

DADOS DO CLIENTE

Nome TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA
Endereço RU JOSE DE ANCHIETA 00514
62502-556 ITAPOCA NOVO HORIZONTE
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação MONOFÁSICO
Medidor 380845-SCH-001 - IC005U01

CPF / CNPJ 871.591.713-49

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
17CA-343C.D7A6.12EF.4A78.9A8A.D827.18CA

DATAS DE LEITURA	Atual	Prev. Próx. Leitura
Anterior	10/06/2019	12/07/2019

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeir, 150, Fortaleza, CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.148-3

DADOS DO CLIENTE

Nome TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA
Endereço RU JOSE DE ANCHIETA 00514
62502-556 ITAPOCA NOVO HORIZONTE
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação MONOFÁSICO
Medidor 380845-SCH-001 - IC005U01

CPF / CNPJ 871.591.713-49

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
17CA-343C.D7A6.12EF.4A78.9A8A.D827.18CA

DATAS DE LEITURA	Atual	Prev. Próx. Leitura
Anterior	10/06/2019	12/07/2019

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
Mês (kWh)	Líquido (kWh)	Retornado (kWh)	Perdido (kWh)	(R\$/kWh)	(R\$)
51,00	51,00	51,00	0,00	0,38559	12,12

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdeir, 150, Fortaleza, CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.148-3

DADOS DO CLIENTE

Nome TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA
Endereço RU JOSE DE ANCHIETA 00514
62502-556 ITAPOCA NOVO HORIZONTE
Classificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
Ligação MONOFÁSICO
Medidor 380845-SCH-001 - IC005U01

CPF / CNPJ 871.591.713-49

Cagece

096673222

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

RU CAP ANTONIO MANOEL ALVES, 77, FAZENDINHA

ITAPIPOCA

02502-204

000 0052 0218 0000

001 000 000 000

AGUA R10F126527 342 345 3 2

07/08/2019 07/08/2019 3303346

07/09/2019 07/09/2019

06/2019

059	059	012	059	059
063	063	063	063	063
063	019	052	056	063

Constatamos debito de R\$ 39,24. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AGUA
ESP. LIMINAR
DIF. AGUA LIMINAR 07, 19
MUL. DE 2
JUROS DE 0,033% AO DIA
DIF. ESG. LIMINAR 07, 19

23,50	MAI, 18	3	2
14,96	SET, 18	5	4
2,30	OUT, 18	1	3
0,77	NOV, 18	4	3
0,49	DEZ, 18	8	4
1,52	JAN, 19	1	3
	FEV, 19	1	3
	MAR, 19	1	2
	ABR, 19	1	1
	MAY, 19	1	1
	JUN, 19	1	1
	JUL, 19	1	1

PIS 0,41
COFINS 2,08

VALOR DO SERVICO 79,06
VALOR DO SUBSIDIO 35,52
VALOR TOTAL A PAGAR 43,54

08/2019

03/09/2019

43,54

I: 352914067154779 L: 5448 H: 09: 33: 40 R: 099 P: 001

Cagece

Cagece

É obrigatório do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 3838, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.arce.ce.gov.br ou no

CAGECE

Cagece

352914067154779 - 5448

096673222

08, 2019

000 0052 0218 0000

ITAPIPOCA

03/09/2019

43,54

8264000000 4 43540009000 5 09667322201 2 03002422015 1



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Mario Maciele Rodrigues Rogério

inscrito (a) no CPF/CNPJ 033.999.363 / 12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.235.663-87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.433.563 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA Cap. Antonio Manoel ALVES</u>	Número: <u>77</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>FAZEDINHA</u>	Cidade: <u>ITAPIRACA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>maciele2016@gmail.com</u>	CEP: <u>62500-000</u>	Tel. (DDD): <u>85</u> <u>996 28 23 26</u>

Local e Data: ITAPIRACA - 28 agosto 2019

Mario Maciele Rodrigues Rogério
Assinatura do Declarante



SAOCAMILLO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 02/05/2019 15:23

Página 1

v2019001

Unidade de atendimento - EMERGENCIA - PA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 255859	Atendimento 0001	Nome do Paciente ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA	CNS 708406281280764	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 101.411.563-92			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 01/07/2007	Local ITAPIOCA/CE			Idade 11 Ano(s)
Pai DANILO PEREIRA DE MESQUITA	Mãe MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO			
Endereço RUA JOSE DE ANCHIETA, 2390	Bairro NOVO HORIZONTE	CEP 62500-000	Município ITAPIOCA	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 88992734855
Responsável TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE DE ANCHIETA, 2390	Município ITAPIOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/05/2019	Hora 15:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento EMERSON CHAVES CORREIA	CRM/UF 6336/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário MARIA GLAUCELINA BRANDÃO PINTO			
Observação				

Sala _____ Data/Hora Liberação _____ às _____ hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		35,6	115			97	207

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 02/05/2019 15:18

Responsável pela Classificação: ROSA MARA NASCIMENT

Relatório:

CRIANÇA, 11 ANOS, ACOMPANHADA DA AVÓ, TRAZIDA PELO SAMU, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ATROPELAMENTO NO TRÂNSITO (MOTO), À MESMA EM TEMPO APRESENTA ESCORIAÇÕES FRONTAL, DEFORMIDADE EM REGIÃO DO MIE, DESORIENTAÇÃO, GLASGOW 11, ACOMPANHANTE NÃO SABE INFORMAR ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Às 14:24 -

Registado atropelamento e lesão frontal
envolvendo com comprometimento neurológico,
Glasgow 11. + Fratura fêmur E

TCE + Fratura do fêmur E

Ao IJF CENTRO PT
TC e Neurocirurgia

Assinatura do Profissional de Saúde
(Sistema de Registro Profissional) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

DR. EMERSON C. CORREIA
CREMEC: 6336

EMERSON CHAVES CORREIA - CRM: 6336

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TEREZINHA PEREIRA DE M



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

16150054193

Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha - Itapipoca - CE - CEP.: 62.500-000
PABX: (88) 3631-5100 - Site Oficial: www.saocamiloitapipoca.org.br

FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____

Município: Itapipoca

Nome: Ana Carolina Paiva de Mesquita (Me)

Prontuário N° _____

Sexo: M () F (X)

Data de Nascimento: 01/07/2001

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Requido encaminhamento por motivo de lesão crânio facial frontal à esquerda e escoriação na face esquerda de fêmur esquerdo. Evolui no momento com alterações de consciência, pupilas midriáticas, reflexo cutâneo de defesa normal. Pupilas não foram por incisões visualizadas por agitação. Glasgow 11. ACP normal. Abd = normal.

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: TCE Frontal e Fratura Fêmur E.



CheckBox

DR. EMERSON C. CORREIA
CREMEC: 6338

Assinatura do(a) encaminhado(a) N° registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: () Ambulatorial (X) Hospitalar () Auxílio Diagnóstico

Procedimento: TC de crânio

Profissional: Neurocirurgião

Unidade de referência: IJF CENTRO

Data: ____/____/____

Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N°: _____

Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultados de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Proposta de consulta para seguimento: _____

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANA KAROLINA PAIVA DE MESQUITA

LEITO: 2410

DATA DE 02/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/05/2019

BE/PRONT: 5614897

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 11

DIAGNOSTICOS: Fratura subtrocanterica (OPERADA)

CONDUTA RETORNO AO AMBULATORIO ORTOPEDIA PEDIATRICA EM 7 DIAS -
DECIDIDA RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - MANTER IMOBILIZACAO -
PARA CADA NAO PISAR ATE RETORNO.

LESAO:

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Ass: Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 23/05/19

Dispensa do trabalho por:

10 dias p/ escola
90 dias p/ atv. física

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

32555056



Sistema de Protocolo Único

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo : P708911/2019

Dt. Abertura : 04/06/2019 - 11:59

Local Abertura : IJF/PROTOCOLO - Serviço de Protocolo

Local Atual : IJF/NUAME - Núcleo de Arquivos Médicos e Estatística

Tipo : - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos

Assunto : - Administrativo Financeiro -- Solicitação De Laudo -
declaração

Envolvido : Ana Karoline Paiva De Mesquita

Observação : SOLICITAÇÃO DO LAUDO MÉDICO

Folhas : 1

Anexos : 0

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 04/06/2019 - 11:59

Recebido por:

em

__/__/__

Resumo de alta

NOME: ANA KAROLINA PAIVA DE MESQUITA

LEITO: 2410

DATA DE 02/ 05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/05/2019

BE/PRONT: 5614897

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 11

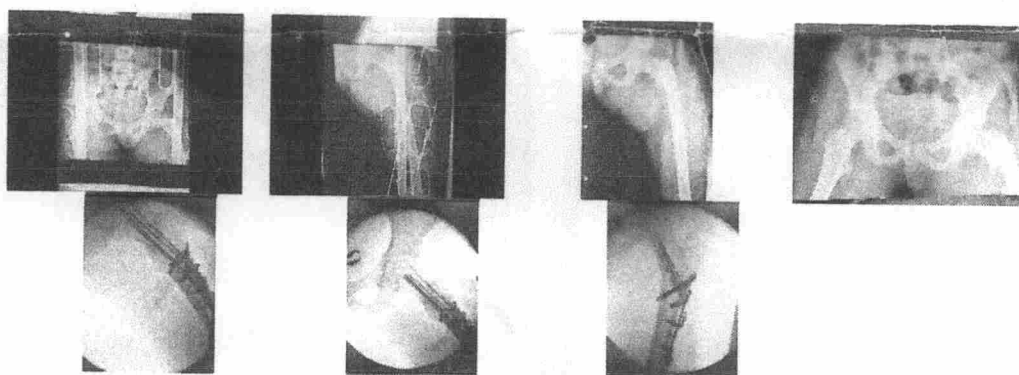
DIAGNOSTICOS: Fratura subtrocantérica (OPERADA)

CONDUTA RETORNO AO AMBULATORIO ORTOPEDIA PEDIATRICA EM 7 DIAS -
 DECIDIDA RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - MANTER IMOBILIZACAO -
 PARA CADA NAO PISAR ATE RETORNO.
 LESAO:

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
 LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
------	------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

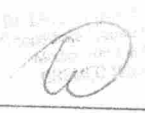
MAPA DO DIA 21/05/2019 - Terça-Feira

21	1	13:00	2410	PAULO COLARES		FIO DE CERCLAGEM , FIO DE K 2 E 1.5 MM PLACA ANGULADA ADOLESCENTE CX DE GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS CX GRANDES FRAG	BE:5614897	REALIZADA
----	---	-------	------	---------------	--	---	------------	-----------

Dias

Int. # Hora Leito Staff Residentes Material Observação Status da marcação

FRATURA SUBTROCANTÉRICA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

04.08.05.0489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO)
DO FEMUR (SINTESE)Marcado
por:
DIEGO
FREITAS
Em:
23-05-
2019
19:16:56Ass.: 

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para

Dr. Paulo Colares 7 diasData: 23/05/19Reberto
04188/996261703

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
101.411.563-92

Nome
ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Nascimento
01/07/2007

CÓDIGO DE CONTROLE
7213.C193.ECDA.9C5B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:34:29 do dia 30/11/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

762.235.663-87

Nome

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

Nascimento

05/07/1975

CÓDIGO DE CONTROLE

2CA7.AD09.E328.675A



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:30:15 do dia 30/09/2019 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



NOME
MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO
FILIAÇÃO
MANUEL JULIANO DAMASCENO
RAIMUNDA ALVES DE PAIVA

DATA NASCIMENTO 05/07/1975 NATURALIDADE FORTALEZA - CE
ORGÃO EXPEDIDOR SSPDS-CE TIPOFATOR RH XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Maria Sandra Paiva Damasceno
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 762.235.863-87 DNI XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG
2008040622-4 P.: 15 16/07/2019 231967892 2º VIA
REGISTRO CIVIL

CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV. CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0041646 FOLHA:
00000243 LIVRO: B00075 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL POLEGAR DIREITO

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX XX
NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
CNPJ CNE
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

João Paulo Fagundes da Silva
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344795/19

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF: 101.411.563-92

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2019

Titular do CPF: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO : 762.235.663-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 04/10/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA
CPF: 067.686.643-36

ELVERSON ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567630 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS. LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100º, FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU IV E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/10/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567630 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GLASGOW 11).
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER + PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA MENOR (12 ANOS) - TCE

(X) SOLICITADA 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Mario Maicle Rodrigues Rogério

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 033.999.363 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.235.663-87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.433.563 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA Cap. Antonio Manoel ALVES</u>	Número: <u>77</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>FAZEDINHA</u>	Cidade: <u>ITAPIRACA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>maiclen2016@gmail.com</u>	CEP: <u>62500-000</u>	Tel. (DDD): <u>81</u> <u>996 28 23 26</u>

Local e Data: ITAPIRACA - 28 agosto 2019

Mario Maicle Rodrigues Rogério
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Maria SANDRA PAIVA DAMASCENO
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: Divorciada
Profissão: SERVIÇOS GERAIS
Identidade: 2008040622-4 CPF: 762.235.663-87
Endereço: RUA JOSE DE ANCHIETA 514 Bairro: NOVO HORIZONTE
Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Maciele RODRIGUES Rêgo
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: Solteira
Profissão: AUTONOMA
Identidade: 2003010021235 CPF: 013.979.363-12
Endereço: RUA Cap. Antonio Manoel ALVES Bairro: FAZENDINHA
Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

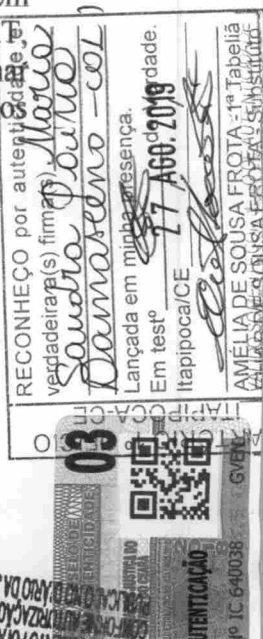
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

ITAPIPOCA-CE, 27 de AGOSTO de 2019.

Maria Sandra Paiva Damasceno

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344795/19

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF: 101.411.563-92

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2019

Titular do CPF: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO : 762.235.663-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 04/10/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA
CPF: 067.686.643-36

ELVERSON ALVES DA SILVA