
Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210118387**

Vítima: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 26/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILVIO SANTANA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210118387

Vítima: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 26/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILVIO SANTANA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO LEANDRO RODRIGUES 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000006369216-6

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210118387 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 26/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Laceração extensa no dorso, face medial e face lateral do pé e maléolo medial esquerdos

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, com amputação ao nível de 5º pododáctilo, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 5°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo. Bloqueio moderado do arco de movimento do tornozelo e grave do arco de movimento do pé.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com reparação de partes moles e amputação do 5º pododáctilo e do terço distal do 5º metatarso. Não fez fisioterapia. Alta definitiva em março de 2021

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/04/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no pé esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006369216-6

Nr. da Autenticação A6EDB67F549E1232

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:
073.956.253-31

4 - Nome completo da vítima:
ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

6 - CPF:
073.956.253-31

7 - Profissão:
RECUSO

8 - Endereço:
RUA HOLANDA

9 - Número:
151

10 - Complemento:

11 - Bairro:
CAGADO

12 - Cidade:
MARACANAU

13 - Estado:
CE

14 - CEP:
61914170

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 6369216 6
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 nascituro (a) (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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARACANAU/CE 09/04/2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Leandro Rodrigues da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO Nº. 11/2021

CERTIDÃO emitida conforme informações contidas no Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito (BOAT), sob nº 13976/2020, que trata do sinistro ocorrido no dia 26/12/2020 às 21h00min, no seguinte teor:

Natureza do Acidente	COLISÃO
Dados do Agente que Atendeu a Ocorrência	Atendeu a ocorrência: VICENTE DA SILVA COELHO, 10454816, 1º SGT, BPRE 22.
Dados Complementares	Informado que ao chegar ao local do acidente, constatou-se as seguintes condições: Condição do tempo: BOA, Condição da via: SECA, Tipo de pavimento: ASFALTO, Sinalização: NAO TEM, Acostamento: NAO TEM, Iluminação: BOA.
Logradouro(s)	ROD CE-251, 32 no Município de MARACANAU /CE.
Veículo e Condutor 01	MOTOCICLETA, HONDA/CG150 FAN ESDI de placa OSG0295, conduzido por ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA, nascido em 28/03/1999, categoria de habilitação: "A", prontuário nº: 06980453423-CE, CPF: 07395625331, RG: 20086721210 SSP CE Proprietário (a): ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA. Veículo Entregue: ANTONIO URBANO G. DA SILVA JR Danos Orientações/Avárias: TANQUE AMASSADO, GUIDON QUEBRADO, LÂMPADAS DE ILUMINAÇÃO DE DIREÇÃO DIANTEIRAS QUEBRADAS, PEDAL DE PASSAGEM DE MARCHA QUEBRADO, CARENAGEM QUEBRADA.
Veículo e Condutor 02	ONIBUS, MBENZ/MPOLO PARADISO R de placa DTE7210, conduzido por WALBER TEIXEIRA ARAUJO, nascido em 19/01/1972, categoria de habilitação: "AE", prontuário nº: 01913593804-CE, CPF: 15324255890, RG: 95002088378 SSP CE Proprietário (a): EMERSON ROGERIO DE FREITAS ME. Veículo Entregue: AO CONDUTOR Danos Orientações/Avárias: SEM AVARIAS.
Dados dos Envolvidos/Vítimas	Vítima: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA, nascido em 28/03/1999, MOTOCICLISTA, OSG0295, FERIDO LEVE Vítima: MARIA GLEICIANE SOUSA DA SILVA, PASSAGEIRO(A), OSG0295, FERIDO LEVE
ASPECTO FÍSICO: VIA LATERAL DIREITA. NO LOCAL ENCONTRAVA-SE A VTR 14391, CMT CB UENES. ENCONTRAMOS OS VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO SINISTRO NA POSIÇÃO FINAL DE IMOBILIZAÇÃO. AMBOS NO MESMO SENTIDO. O CONDUTOR DO V1 FOI SOCORRIDO COM FERIMENTOS EXPOSTOS NA PERNE E PÉ ESQUERDO, E A PASSAGEIRA COM QUEIMADURAS E FERIMENTOS NAS PERNAS. COMPARECEU O SAMU USI 141 FERNANDES, MAURIANE E IVONE BRAU, E A PERICIA 7106 COM O PERITO DANIEL. COMPOSIÇÃO: 1º SGT 14899 DA SILVA E CB DIEGO.	

BPRE - BATALHÃO DE POLICIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO ESTADUAL, Fortaleza/CE, em 30/03/2021.

po

CHEFE DO SETOR DE EMISSÃO DE CERTIDÃO

A autenticidade deste documento pode ser conferida realizando a leitura do QRCode ao lado e comparando com a seguinte autenticação:
F1E20CFD4A6E6280EFF13DBAE50A43F



BPRE - BATALHÃO DE POLICIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO ESTADUAL
Contato: (85)3383-1577, (85)98439-2039 - emissaoacertidoestpre@gmail.com

Dayane KATIA RYNE de Souza
1º SGT QOPM
M F: 30/8/97-1-8 PMCE

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:
073.956.253-31

4 - Nome completo da vítima:
ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

6 - CPF:
073.956.253-31

7 - Profissão:
RECUSO

8 - Endereço:
RUA HOLANDA

9 - Número:
151

10 - Complemento:

11 - Bairro:
CAGADO

12 - Cidade:
MARACANAU

13 - Estado:
CE

14 - CEP:
61914170

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 6369216
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 nascituro (ainda 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARACANAU/CE 09/04/2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Leandro Rodrigues da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Companhia Energética de Goiás
Rua Paulo Vitorino, 109
Tombador - CE - CEP: 61135-040
CNPJ: 07.047.201/0001-70 - CEP: 66.109.645-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei 10.438 de 26 de abril de 2002

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TIPO DE FORNECIMENTO
B1 RESIDENCIAL - Resid. Baixa Renda - MA436U04 - 20200	Monofásico
IRACEMA RODRIGUES DE SOUSA RU HOLANDA, 00151, CAGADO, 61914-170, MARACANAU	Nº DE CLIENTE
	1265842

11.0.18.111 : CDD-1129322983-7273

MES/ANO DE REFERÊNCIA	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
03/2021	30/03/2021	R\$ 141,90

INFORMAÇÕES FISCAIS
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica-Modelo 6 HASHCODE: 0FEE.9C9B.7859.2173.9ED5.1759.7BFD.B730 VOTA FISCAL Nº 105346472 - SÉRIE: UNICA DATA DE EMISSÃO: 22/03/2021 DATA DE APRESENTAÇÃO: 22/03/2021 CFOP 5258: Venda de en. elétrica a não contribuinte CPF/CNPJ Cliente: 228.250.533-68 INSC. EST: ISENT0

Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, aturada com desc. tarifário de R\$ 29,47.
eríodos: Band. Tarif.: Amarela : 23/02 - 22/03
TENÇÃO: A partir deste mês, você receberá a conta da Enel com m novo formato e o boleto do Banco do Brasil para pagamento. as não se preocupe! Você continua com a mesma facilidade de agamento de antes. Saiba mais em www.enel.com.br.

DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	22/02/2021	22/03/2021	28	22/04/2021

DESCRIÇÃO	Tarifa	Valor (R\$)
DICIONAL BAND. AMARELA	0,08533	2,56
ENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	41,27
ENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	-29,47
IP - ILUM PUB PREF MUNICIPAL	-	27,71
ONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,25267	7,58
ONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,43400	30,38
ONSUMO DE 101 KWH ATE 195 KWH	0,65095	61,84
UROS MORATÓRIOS	-	0,03
UBTOTAL FATURAMENTO:		143,63
UBTOTAL OUTROS:		-1,73
OTAL:		141,90

QUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO									
Medidor	P. Horário	Seq	Data Leit.	Leitura	Data Leit.	Leitura	Fator	Consumo	Dias
184896-FAE-006 PP			23 FEV	27.503	22 MAR	27.698	1	195	28

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

007183429

DADOS DO CLIENTE

SILVIO SANTANA DOS SANTOS

RUA STO RAIMUNDO ST-28, 130, CANINDEZINHO
FORTALEZA - CEP: 60733-200

Codificacao: 001.028.0288.0163.0000.00.00

Padrao do Imovel: REGULAR

ECONOMIAS	001	000	000	000
Residencial:	Comercial:	Industrial:	Pública:	

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R14F080713	578	581	3	5

DATA

Leitura atual: 10/11/2020

Emissão: 10/11/2020

Lacre aqua: 4597222

Leitura anterior: 09/10/2020

Próxima leitura: 10/12/2020

69/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	510	510	121	510	510
Analisadas	609	609	603	609	609
Em conformidade	609	604	591	595	609

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	28,30			
JUROS DE 0.033% AO DIA	0,84	nov/19	9	0
		dez/19	6	0
		jan/20	5	0
		fev/20	7	0
		mar/20	5	0
		abr/20	8	0
		mai/20	6	0
		jun/20	6	0
		jul/20	7	0
		ago/20	6	0
		set/20	4	0
		out/20	2	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,28
COFINS	1,39

suicidio

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	41,94
VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
VALOR TOTAL A PAGAR	29,14

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2020	01/12/2020	29,14

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cageco, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAZIONE AL CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 10 m3 | META: 10 m3.

Considere pago se debitado na sua conta do banco BCD REAL.

Constatamos debito de R\$ 85,80. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 007183429

Mes/ano: 11/2020

Vencimento: 01/12/2020

Total a pagar (R\$): 29,14

82650000000 3 29140009000 2 00718342901 3 01009622015 6



Emissao: ImpulsoHce Impi:355374090738436 Lett.:0209 Data:10/11/2020 H:14:23:57 A:146 Via:007

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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **SILVIO SANTANA DOS SANTOS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **890 836 523** / **00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **07395625331** / _____,

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA**,

inscrito (a) no CPF sob o Nº **07395625331** / _____, 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:	RUA SAO RAIMUNDO	Número:	130	Complemento:	
Bairro:	PARQUE SAO JOSE	Cidade:	FORTALEZA	Estado:	CE
E-mail:				CEP:	60 733-200
				Tel.(DDD):	

Local e Data: **FORTALEZA/CE 09/04/2021**



Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702607728050244 Admissão: 26/12/2020 23:11
 Nome: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA
 Pront.: 5696824 Data Nasc.: 28/03/1999 Idade: 22 ano(s) 0 mes(es) e 1 dia(s) Tel.: 85 98525-4410
 Mãe: IRACEMA RODRIGUES DE SOUSA
 Sexo: Masculino RG: 20086721210 Município: MARACANAÚ
 CEP 6190097 Bairro: KAGADO
 Endereço: HOLANDA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
26/12/202 23:16	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - FX EXPOSTA	AMARELO	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE
26/12/202 23:26	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	TRAUMA MAIOR-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

PRESCRIÇÃO

Médico: VICTOR DE AUTRAN NUNES MATOS CRM 19905 27/12/20 01:43

Prescrição	Horário:
GENTAMICINA 40MG/ML (80MG) - AMP ADMINISTRAR 3 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 24/24 H	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
DIETA ZERO - PÓS-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 DATA 29/12/2020
 MATRÍCULA 51022
 SERVIDOR (A) J. F. F. F.



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Paciente: 5096824

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA

TREINO DE MARCHA COM CARGA PROGRESSIVA

GANHO DE ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

Dr. Thales José
Oliveira e Trindade
CRM 11237

Data: 10/02/2021

LEONARDO PIERRE QUINTAL

S114CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Paciente: 5096824

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA

TREINO DE MARCHA COM CARGA PROGRESSIVA

GANHO DE ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

Dr. Thales José
Oliveira e Trindade
CRM 11237

Data: 10/02/2021

LEONARDO PIERRE QUINTAL

S114CRM



RECETUARIO MEDICO

RECETARIO MEDICO

Prescripción:

Fecha:

Prescripción:

Prescripción:

Prescripción:

Dr. [Signature]
[Stamp]

Prescripción:

Prescripción:

Prescripción:



RECETUARIO MEDICO

RECETARIO MEDICO

Prescripción:

Fecha:

Prescripción:

Prescripción:

Prescripción:

Dr. [Signature]
[Stamp]

Prescripción:

Prescripción:

Prescripción:



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Prestador: 5095524

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA

30 SESSÕES

TREINO DE MARCHA COM CARGA PROGRESSIVA

GANHO DE ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

Dr. Thauris Alupi
Ortopedia e Traumatologia
Médico Responsável
CRM 15.112

Data: 13/02/2021

LEONARDO PIERRE QUENTAL

R1140RM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Prestador: 5095524

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA

30 SESSÕES

TREINO DE MARCHA COM CARGA PROGRESSIVA

GANHO DE ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

Dr. Thauris Alupi
Ortopedia e Traumatologia
Médico Responsável
CRM 15.112

Data: 13/02/2021

LEONARDO PIERRE QUENTAL

R1140RM



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Prontuário: 5596824

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA 30 SESSOES

TREINO DE MARCHA COM CARGA PROGRESSIVA
GANHO DE ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

Dr. Thoniz Magi
Ortopedia e Traumatologia
Médico Responsável
CRM-PR 15319

Data: 10/02/2021

LEONARDO PIERRE QUENTAL

9114CRM

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Prontuário: 5596824

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA 30 SESSOES

TREINO DE MARCHA COM CARGA PROGRESSIVA
GANHO DE ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

Dr. Thoniz Magi
Ortopedia e Traumatologia
Médico Responsável
CRM-PR 15319

Data: 10/02/2021

LEONARDO PIERRE QUENTAL

9114CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA foi atendido(a) neste serviço, necessitando de atestado por 60 (sessenta) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 31 de Janeiro de 2021

CID: 582.5, 582.6, 591

Dr. Sérgio Segundo
Médico Residente
Clínica Plástica
RSMEC 16614

SERGIO ALVES DA SILVA SEGUNDO
16614CRM

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA		
Idade: 21 ano(s) 10 mes(es) e 3 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5696824
Endereço: HOLANDA		Bairro: KAGADO
Num: 151	CEP: 6190097	UF: CEARÁ
		Cidade: MARACANAU

Localização		
Clinica: UNIDADE 15(11BMF- Enfermaria: 151	Leito: 1511	
Admissão Emergência: 26/12/2020 23:11		
Internação 27/12/2020 13:31	Alta: * Não Informado * * Não Informado	

Responsável

Médico: SERGIO ALVES DA SILVA SEGUNDO

Data: 31/01/2021

*Dr. Sérgio Segundo
Médico Residente
Clínica Plástica
CRM 15914*

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0413040178	Urgência	27/12/2020 22:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	LUIZ LOPES LIMA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408060042	Procedimento Eletivo	28/01/2021 16:00	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401020029	Procedimento Eletivo	28/01/2021 16:00	ENXERTO Dermo-epidermico	FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA

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

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Idade: 21 ano(s) 10 mes(es) e 3 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5696824

Endereço: HOLANDA

Bairro: KAGADO

Nº: 151 CEP: 6190997

UF: CEARÁ

Cidade: MARACÁNAU

Localização

Clínica: UNIDADE 15(11BMF- Enfermaria: 151

Leito: 1511

Admissão Emergência: 26/12/2020 23:11

Internação 27/12/2020 13:31 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO X ÔNIBUS COM ESMAGAMENTO DE PERNA ESQUERDA EM 27/12, COM FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR UTILIZANDO IMOBILIZAÇÃO GESSADA. TRANSFERIDO PARA CIRURGIA PLÁSTICA DEVIDO PERDA DE SUBSTÂNCIA EM DORSO DO PÉ ESQUERDO E NECESSIDADE DE AMPUTAÇÃO DE 5º PDE POR NECROSE. SUBMETIDO ENTÃO A AMPUTAÇÃO DE 5º PDE + ENXERTO DE PELE PARCIAL DA COXA PARA PÉ ESQUERDOS DIA 28/01/21, SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUI BEM APÓS A CIRURGIA, EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

ORIENTAÇÕES PARA ALTA:

- 1) MANTER CURATIVO ATÉ O RETORNO (NÃO RETIRAR, NEM MOLHAR)
- 2) SEGUIR PRESCRIÇÃO MÉDICA
- 3) MARCAR RETORNO NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA DIA 05/02/21 (DR BRENO OU DR JOAQUIM) - LIGAR PARA SPA: 3255-5185
- 4) MARCAR RETORNO AMBULATORIAL PARA DR. LEONARDO QUENTAL PARA 15 DIAS
- 5) NÃO PISAR COM O MEMBRO ACOMETIDO

- 6) TRAZER RELATÓRIO DE ALTA NO RETORNO!!!

Exames Realizados

VIDE PRONTUÁRIO

Terapêutica Utilizada

VIDE PRONTUÁRIO + RESUMO CLÍNICO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S825	FRATURA DO MALEOLO MEDIAL
Não	M796	DOR EM MEMBRO
Não	S826	FRATURA DO MALEOLO LATERAL
Não	B342	INFECCAO POR CORONAVIRUS DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA
Não	S91	FERIMENTOS DO TORNOZELO E DO PÉ

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 31/01/2021

Observações Complementares

MARCAR RETORNO NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA DIA 05/02/21 (DR BRENO OU DR JOAQUIM)

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL PARA DR. LEONARDO QUENTAL PARA 15 DIAS - LIGAR PARA SPA: 3255-5185

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-051 - Fortaleza - Ceará
 Unidade mantida com recursos próprios, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via - FARMÁCIA

2ª Via - PACIENTE

Instituto Dr. José Frota
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
Rua Senador Pompeu, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza - CE CEP: 60025-001

Paciente: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DO SILVA

Endereço: RUA LUIZ ANTONIO, 151 - JARDIM - MARACANU

Prescrição: UDD TSP 100

1. BIPRODENA SPRAY 01 fr

? 2000s 50376 A FARMACIA

100 ml

Dr. Sérgio Segundo
Médico Residente
Clínica Plástica
CREMEC 16614

5321

Data: 1/1

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

FORNECEDOR

Nome:

Data: 1/1

Nº Ident.: UF:

Fornecedor:

Endereço:

Nº: Bairro:

Cidade: UF:

Carimbo e Assinatura

CEP: Tel.:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <u>ANTÔNIO LEANDRO RODRIGUES DO SILVA</u>		
Endereço: <u>R. HOLLANDA, 151 - MUCUNÃ - MARACANAU</u>		
Prescrição: <u>m</u> <u>uso</u> <u>topico</u>		
<u>1</u> <u>RIFOCINA SPRAY</u> <u>01 fr</u>		
<u>2</u> <u>gotas</u> <u>sobre a ferida,</u>		
<u>1x1 dia</u>		
Data: <u>5/3/21</u>		Carimbo e Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FONECEDOR
Nome:		Data: <u>/ /</u>
Nº Ident.: UF:		
Endereço:		Fornecedor:
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	Carimbo e Assinatura
CEP:	Tel.:	

Dr. Sérgio Segundo
Médico Residente
Clínica Plástica
CREMEC 16514



Prefeitura de
Fortaleza

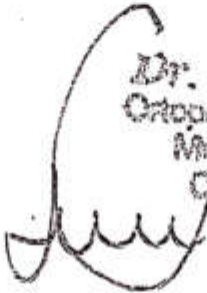
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO PARA PACIENTE

Atesto para os devidos fins que
Antônio Leandro Rodrigues da Silva
se encontra internado neste hospital, na unidade
12, leito 05, com diagnóstico
Esmagamento do pé e tornozelo (E)
CID: S978, sem data prevista para alta
hospitalar.

Data: 31/12/2020


Dr. Lucas Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMBO 20.484

Ass./Carimbo do Médico

admissão 27.12.2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
SILVIO SANTANA DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
98002360838 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
890.836.523-00 25/02/1983

FILIAÇÃO
ANTONIO MARIA DOS SANTOS
PERPETUA SUCUPIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04681168334

VALIDADE
09/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
26/06/2009

OBSERVAÇÕES
EAR;

Silvio Santana dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
26/04/2018

IGOR VASCONCELOS PONTE

60568779811
CE164737871

ASSINATURA DO EMISSOR



CEARÁ



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638168869



PROIBIDO PLASTIFICAR
1638168869

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DMC

NOME
ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA



DOCUMENTO ORIGINAL Nº
20084771210 SSP CE

CPF 073 956 253-31 Data Nascimento 28/03/1999

PAIÇÃO
ANTONIO IRIBANO GOMES
DA SILVA
IRACEMA RODRIGUES DE
SOUSA

PERMISSÃO [REDACTED] ACC [REDACTED] CENAL Act

Nº Registro 06980453423 Validade 10/10/2022 1ª Habilitação 18/12/2017

Antonio Leandro Rodrigues da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

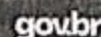
LOCAL FORTALEZA, CE Data Emissão 26/12/2018

[Signature]
RUI WISCONSKI DE PAIVA

88545158406
CE168519950

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Antonio Leandro Rodrigues da Silva		Nacionalidade:	Brasileira			
Estado Civil:	Solteiro	Profissão:	Recebe	Carteira de Identidade:	2000867712140		
CPF nº:	07395625332	Endereço:	Rua Holanda, 151				
Bairro:	Lágoa	Cidade:	Maracanã	Estado:	CE	CEP:	61914170

OUTORGADO:

Nome:	SILVIO SANTANA DOS SANTOS		Nacionalidade:	BRASILEIRA			
Estado Civil:	SOLTEIRO	Profissão:	AUTONOMO	Carteira de Identidade:	98002360838		
CPF nº:	890 836 523 00	Endereço:	RUA SAO RAIMUNDO, 130				
Bairro:	PARQUE SAO JOSE	Cidade:	FORTALEZA	Estado:	CE	CEP:	60733-200

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

Maracanã, CE, 09 de abril de 2020. 21

Antonio Leandro Rodrigues da Silva
OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098156/21

Vítima: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 073.956.253-31

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/12/2020

Titular do CPF: ANTONIO LEANDRO
RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SILVIO SANTANA DOS SANTOS : 890.836.523-00

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

ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA : 073.956.253-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/04/2021
Nome: ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA
CPF: 073.956.253-31

ANTONIO LEANDRO RODRIGUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2021
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA