

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320038756701

VALOR TOTAL:

337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295

CONTA: 000000051902

Número da Autenticação



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 09/09/2019

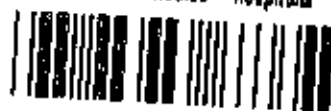
RECEITA

TIPOIA VELPEAU

MAXSULID 400-----1CX
01 COMP 12/12H

MIOSAN 10MG-----1CX
01 COMP/ NOITE

Documentação médica - hospitalar



Dr. FCO. JOSÉ FROTA PRADO FILHO
Otorrinolaringologista
Rua de Orla, 1827 - Fatima
CEP 60055-540



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61907336



13/09/2019 16:11:09

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8857953	ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA	M	15/06/1976	43

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
94002249047 SSP CE	4485753379		2-SOLTEIRO

Endereço
R CONEGO DE CASTRO, 2568 - VILAPERI, FORTALEZA(CE) CEP 60530360

Telefone Residencial Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio
22 HAPVIDA_MATRIZ 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira Validade
14817000171010013

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
09/09/2019	15:52		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente Clinica
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO 6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R43101/A - (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFINE O PRONTUÁRIO
FELIC 27851
Assinatura

Data Inicial: 14/08/2019	Atendimento: 451997336	Médico prescritor: *	Consultar	PH:	Histórico
Data final: 13/09/2019	Prontuário:	Convênio: *		T3109	T4309
Carteira: <input type="checkbox"/> Atendimentos com alta administrativa		<input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela auditoria			
<input type="checkbox"/> Atendimentos com pendências no prontuário		<input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela administração			

Documentos	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	Documento	Módulo	Setor
03/09/2019 15:52 - CONSULTA TRAUMATOLOGO	61937335	9327353	ANTONIO MICHEL DE PAIXAO GOMES OLIVEIRA	15050915	ASA 2M 200	Masculino

<p>Tipos de documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Registros Médicos 2 Formulário de Atendimento na Emergência 7 Prescrição Médica 8 Receta Médica Especial 9 Receta Médica 10 Atestado Médico 11 Declarações 3 Pareceres Médicos 5 Sinalização de Parecer Médico 4 Admissão do Paciente 3 Evolução Médica 7 Exames de Laboratório <p>Ver Histórico de digitalizações</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="720 638 859 660">Data/Tipo</th> <th data-bbox="911 616 998 638">Validação Profissional</th> <th data-bbox="1223 616 1397 638">Inquirir Doc. Assinado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="772 660 911 683">03/09/2019 17:11:00</td> <td data-bbox="911 660 998 683"></td> <td data-bbox="1223 660 1310 683">ASSINADO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="772 694 911 716">03/09/2019 16:47:54</td> <td data-bbox="911 694 998 716"></td> <td data-bbox="1223 694 1310 716">ASSINADO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="772 728 911 750">03/09/2019 15:55:19</td> <td data-bbox="911 728 998 750"></td> <td data-bbox="1223 728 1310 750">ASSINADO</td> </tr> </tbody> </table>	Data/Tipo	Validação Profissional	Inquirir Doc. Assinado	03/09/2019 17:11:00		ASSINADO	03/09/2019 16:47:54		ASSINADO	03/09/2019 15:55:19		ASSINADO
Data/Tipo	Validação Profissional	Inquirir Doc. Assinado											
03/09/2019 17:11:00		ASSINADO											
03/09/2019 16:47:54		ASSINADO											
03/09/2019 15:55:19		ASSINADO											

CONFERE O PRONTUÁRIO
fulcr 2357
 Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:09

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953
 Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2
 Profissional(is): FRANCISCO JOSE FRÓTA PRADO FILHO CRM 13246 [1] Nº: 43935075 09/09/2019 às 15:54

ANAMNESE

Queixa Principal queda de moto sem desmaio trauma em ombro direito [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

CID10 M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CIP. 10001430
 PRADO 27896
 ASSINADO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:10

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1] Nº: 43937779 09/09/2019 às 16:41

ANAMNESE

Queixa Principal

lac

[1]

solicito rx

CONFERE CI PRONTUÁRIO
RCA 27851
13/09/2019

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:10

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953

Convênio: FIAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2

Professional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13248 [1] Nº: 43939157 09/09/2019 às 17:07

ANAMNESE

Queixa Principal

LUXAÇÃO GRAU V
CONVERSADO SOB NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO EM DECORRENTE DO GRAU V [1]

ORIENTO SOB SEQUELA DE REDUÇÃO DE FORÇA CASO NAO OPERE

PACIENTE OPTA POR TTO CONSERVADOR COM TIPOIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10

S431 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S431 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR [1]

CID10

S431 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR [1]

Francisco Jose Frota Prado Filho
PRADO 27896

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:10

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2

Profissional(is): FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA COREN 010101 [1] Nº: 43952093 09/09/2019 às 22:02

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TIPO VELPEAU 1 - REALIZADO AS 22:02, EM 09/09/2019 POR FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Hemorragia Puerperal		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		[1]
Queda Adulto (Morse)		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		[1]
Flebite		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico		[1]

CONFERE O PRONTUÁRIO
Paciente 27871
FARMACIA

ANTONIO MICHEL DE SAUDA GOMES DE OLIVEIRA



CPF: 7780501 ST: CE

CPF: 514.033.073-34 DATA NASCIMENTO: 15/06/1976

Matrícula: RAIMUNDO JOSE CARMEIRO DE OLIVEIRA
ANTONIA RAFAEL GOMES DE OLIVEIRA

Sexo: M Estado Civil: AB

CPF: 02866771731 Data de Emissão: 23/09/2022 Data de Validade: 11/08/2024

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544829880



PROVIDO PLASTIFICAR
1544829880

LOCAL: FORTALEZA, CE Data de Emissão: 27/09/2017

40282568401
CE161549436

CEARÁ

Documentos de identificação





**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense**

LAUDO PERICIAL

2020.0104305


Natureza do exame: Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)

Referência: B.O: - 206-4600/2019

Documento solicitante: Guia - 800/2020

Órgão solicitante: Delegacia Metropolitana de Eusébio

CPF - 514.033.073-34
Processo - 3190665482
DPVAT

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará</p>	<p>Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Traumatologia Forense</p>
<p>LAUDO PERICIAL</p>	<p>Número: 2020.0104305</p>
<p>Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)</p>	<p>Páginas: 2/2</p>

No dia 08 de setembro de 2020, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Sr(a) Rafael Izidorio Do Espirito Santo para proceder exame Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Metropolitana de Eusébio de acordo com o(a) Guia de número 800/2020, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 141742

ENVOLVIDO(S):

ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

PARECER:

HISTÓRICO: Periciando refere ter sofrido acidente de trânsito 09/09/2019, sofrendo luxação acromioclavicular à direita. Submetido a tratamento conservador. Evolui com queixa de dor do ombro direito. Nega tratamento atual. **EXAME FÍSICO:** Bom estado geral, deambulando sem dificuldade. Apresenta: discreta redução da amplitude dos movimentos do ombro direito. Hipotrofia muscular em ombro direito. **DOCUMENTOS EXIBIDOS:** Atestado emitido em 17/01/2020, assinado pelo Dr. José Gilvan Neto, CRM 13841, descrevendo luxação acromioclavicular crônica em ombro direito. Cursa com dor forte, deformidade e leve limitação de ADM.

QUESITOS:

1) **Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.**

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) *Debilidade permanente dos movimentos do ombro direito, na ordem de 10%, conforme anexo da Lei 6194/74.*

08 de setembro de 2020

Dr(a) Rafael Izidorio Do Espirito Santo
Médico Perito Legista Matrícula: 0002181-4



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387567 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A DIREITA. PG. 6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML 2020.0104305, DE 08/09/2020. QUESITO 1º SIM, DEBILIDADE DO OMBRO DIREITO EM 10%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307583/20

Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE

CPF: 514.033.073-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO MICHEL DE
PADUA GOMES DE
OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA : 514.033.073-34

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: 28/10/2020
Nome: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA
CPF: 514.033.073-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2020
Nome: Alan Silva de Oliveira
CPF: 152.775.167-86

ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

Alan Silva de Oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387567 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
GOMES DE OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A DIREITA. PG. 6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML 2020.0104305, DE 08/09/2020. QUESITO 1º SIM, DEBILIDADE DO OMBRO DIREITO EM 10%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200387567

Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =

R\$ 337,50

Recebedor: **ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000000295-0**

Conta: **0000051902-2**

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





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: **DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) X II**

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **514.033.073-34** 4 - Nome completo da vítima: **Antonio Michel de Padua Gomes de Oliveira**

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 Michel de Padua Gomes de Oliveira** 6 - CPF: **514.033.073-34**
 7 - Profissão: **Supervisor** 8 - Endereço: **Rua. Manoel Benedito** 9 - Número: **987** 10 - Complemento: **Coxa 16**
 11 - Bairro: **Guajiru** 12 - Cidade: **Lauro de Souza Lima** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61629-170**
 15 - E-mail: **antonio.michel.oliveira@oi.com.br** 16 - Tel. (DDD): **85-999554500**

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:
 RECURSO INFORMAR SEM RENDA > R\$1.000,00 R\$1.000,00 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 POLIPANÇA (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: **Bradesco**

AGÊNCIA: CONTA:
(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 (assinilar 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) Divorçado 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 (vel nascido)? 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: **Fortaleza - CE, 14 de novembro de 2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *[Assinatura]*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INV



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 4600 / 2019

Dados da Ocorrência

Boletim de ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/09/2019 11:35:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2019 15:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD 4º ANEL VIÁRIO, TAMATANDUBA - EUSEBIO/CE**
 Ponto de Referência: **DISTRIBUIDORA DE RAÇÕES SERRANA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **15/06/1976** CPF: **514.033.073-34**
 RG: **94002249047** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: _____
 Filiação: **ANTONIA RAFAEL GOMES DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO JOSE CARNEIRO DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA MANOEL BENEDITO**
 Bairro: **GUAGIRU**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.629-170**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98754-8333**

Histórico

DISSE QUE estava trafegando na motocicleta MOTOCICLO/NÃO APLIC., marca/modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 125, ano 2011/2012, chassi 9CDNF41AJCM401378, pela rodovia popularmente conhecida por 4º Anel Viário, quando um veículo Corolla, marca Toyota, cor branca, placa não anotada, lhe ultrapassou pela direita, para depois voltar à via; QUE para melhor esclarecer, o registrante estava na faixa da direita, quando inesperadamente, o veículo Corolla lhe ultrapassou pela direita usando para isso o acostamento, para depois voltar à via; QUE quando o Corolla voltou à via, acabou por bater no pneu dianteiro da moto pilotada pelo registrante; QUE veio ao chão, machucando seu ombro direito; QUE o condutor do veículo Corolla fugiu; QUE como o registrante estava há poucos metros da empresa que trabalha, telefonou para Célio, supervisor de logística, informando os fatos; QUE a esposa do registrante, de nome ANTONIA MARTA DOS SANTOS OLIVEIRA, foi informada dos fatos e compareceu até o local; QUE de lá, MARTA o levou para o Hospital Antônio Prudente; QUE devido a queda, o registrante teve uma luxação no ombro direito com rompimento de ligamento e ficou afastado de suas funções por 15 (quinze) dias. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RENATA DE SERPA MOURA DE MENEZES - MAT.: 198179-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Pág. 1 de 2

Uf: _____
 Matr.: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO
Impresso nº 2019665458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 4600 / 2019

EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7

Luciano Lucerda Leite
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 308123-1-3

10295477

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



Companhia Energética de Goiás
 Rua Padre Valdeiros, 160
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.261/0001-70 | CEP 00 109.948.8
 017304615

Para adquirir seu equipamento, utilize o nº acima sempre que solicitar em contrato comercial.

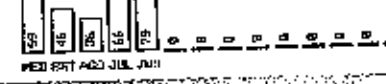
Nome: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIR
 Endereço: RU MANOEL BENEDITO, 00987 - CS 16, GUAJERU, 61629-170, CAUCAIA
 Classificação: Residencial Pleno
 Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
 Ligação: Monofásico

Referência: 09/2019
 Emissão: 19/09/2019
 Medidor: 4390322-CPN-308

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO FISCAL
 19/09/2019 a 20/09/2019

ADOMBAMENTO DE CONSUMO (kWh)

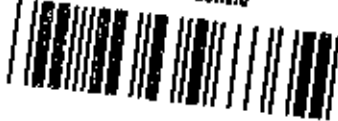
DATA DE LETURA
 Anterior: 22/08/2019
 Atual: 19/09/2019
 Próxima prevista: 21/10/2019



Posto	Let. Atual	Let. Anterior	Consumo	Consumo Méd. (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.056	3.028	1.00	46	00	00	0,25378	25,47

ADOMBAMENTO	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,04174	1,92
CONSUMO	0,55378	25,47
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	21,82

Comprovante de residência



Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	27,39	0,81	0,20
COFINS	27,39	3,69	1,00

25/10/2019 49,21

EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compensação sobre emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Causas de Emissões (kg CO₂) e suas respectivas compensações (kg CO₂)

17,95 | 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 23/08 - 19/09

Nº do Cliente: 10295477
 Data de Emissão: 19/09/2019
 Nº da Nota Fiscal: 017164615
 Referência: Total a Pagar (R\$): 49,21
 Nº de Controle: 10003804832

