
Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200439853

Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Data do Acidente: 10/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/10/2020, emitida pelo Dr. ELAINE CRISTINA, CRM nº 20187 - CE, da Instituição HOSPITAL MUNICIPAL CEL. JOÃO GOMES, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220032099

Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Data do Acidente: 10/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Procurador: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000754-4**

Conta: **000008744-0**

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.

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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRABESCO
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (val rasoer)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 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): _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CE 01/12/2020
Maria Eduarda Mateus Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRABESCO
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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 (val rasoer)? 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 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, CE 01/12/2020
Maria Eduarda Mateus Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: BRABESCO
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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 (val raso)? 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 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, CE 01/12/2020
Maria Eduarda Mateus Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA
Impresso nº 2020822374



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2020 10:15:44**
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2020 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **PROX AO PONTO DO CARNEIRO - INDEPENDENCIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA**
Nascimento: **14/04/2000** CPF: **086.950.373-12**
RG: **20190911047** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA AMÉRICO DE SOUSA E SILVA**
ANTONIO PROCÓPIO DA SILVA
Endereço: **RUA ABSON ALVES DE ARAUJO**
Bairro: **NOVA BETANIA**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**
Nascimento: **01/08/2002** CPF:
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**
Endereço: **RUA PELO SINAL**
Bairro: **COHAB**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**
Nascimento: **01/08/2002** CPF:
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**
Endereço: **RUA PELO SINAL**
Bairro: **COHAB** CEP:
Município: **INDEPENDENCIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIC3586 Uf: CE Município: FRECHEIRINHA Chassi: 9C2KC1670CR597005 Renavam: 481204121 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LEONARDO RODRIGUES DA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

A pessoa acima qualificada, após advertida das penas cominadas ao delito



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA
Impresso nº 2020822374



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020

de falsa comunicação de crime ou contravenção, afirma que na data, local e horário acima, estava pilotando sua motocicleta acima identificada; Que a declarante encontrava-se levando como garupeira a pessoa de ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA; Que na proximidade do Ponto do Carneiro, Independência-CE, o pneu da motocicleta da declarante veio derrapar; Que em seguida a declarante veio perder o controle do seu veículo; Que de imediato a declarante e a ANA KIMBERLLY veiram ao chão; Que após o acidente ambas seguiram para suas residências; Que ainda no mesmo dia, por conta da gravidade, a declarante e a ANA KIMBERLLY resolveram dirigir-se ao Hospital Municipal de Independência-CE; Que a declarante deu entrada no referido Hospital as 10h46min; Que conforme o boletim de atendimento apresentado a declarante veio a fraturar sua clavícula; Que ANA KIMBERLLY, que deu entrada no Hospital Municipal as 13h25min, conforme o boletim de atendimento apresentado, veio a fraturar um dos seus pulsos; Que ainda no mesmo dia a declarante e ANA KIMBERLLY foram transferidas para o Hospital São Lucas de Crateús-CE; Que a declarante apresenta como testemunha a também vítima ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA, RG 2019091104-7, CPF 086.950.373-12, filha de Antônio Procópio de Silva e Maria Américo de Sousa e Silva, residente na Rua Abson Alves de Araujo, 26, Nova Betania, Independência-CE;

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Eduardo Mateus et al

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069

X Ana Kimberlly de Sousa e Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA
Impresso nº 2020822374



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2020 10:15:44**
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2020 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **PROX AO PONTO DO CARNEIRO - INDEPENDENCIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA**
Nascimento: **14/04/2000** CPF: **086.950.373-12**
RG: **20190911047** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA AMÉRICO DE SOUSA E SILVA**
ANTONIO PROCÓPIO DA SILVA
Endereço: **RUA ABSON ALVES DE ARAUJO**
Bairro: **NOVA BETANIA**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**
Nascimento: **01/08/2002** CPF:
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**
Endereço: **RUA PELO SINAL**
Bairro: **COHAB**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**
Nascimento: **01/08/2002** CPF:
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**
Endereço: **RUA PELO SINAL**
Bairro: **COHAB** CEP:
Município: **INDEPENDENCIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIC3586 Uf: CE Município: FRECHEIRINHA Chassi: 9C2KC1670CR597005 Renavam: 481204121 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LEONARDO RODRIGUES DA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

A pessoa acima qualificada, após advertida das penas cominadas ao delito



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020

de falsa comunicação de crime ou contravenção, afirma que na data, local e horário acima, estava pilotando sua motocicleta acima identificada; Que a declarante encontrava-se levando como garupeira a pessoa de ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA; Que na proximidade do Ponto do Carneiro, Independência-CE, o pneu da motocicleta da declarante veio derrapar; Que em seguida a declarante veio perder o controle do seu veículo; Que de imediato a declarante e a ANA KIMBERLLY veiram ao chão; Que após o acidente ambas seguiram para suas residências; Que ainda no mesmo dia, por conta da gravidade, a declarante e a ANA KIMBERLLY resolveram dirigir-se ao Hospital Municipal de Independência-CE; Que a declarante deu entrada no referido Hospital as 10h46min; Que conforme o boletim de atendimento apresentado a declarante veio a fraturar sua clavícula; Que ANA KIMBERLLY, que deu entrada no Hospital Municipal as 13h25min, conforme o boletim de atendimento apresentado, veio a fraturar um dos seus pulsos; Que ainda no mesmo dia a declarante e ANA KIMBERLLY foram transferidas para o Hospital São Lucas de Crateús-CE; Que a declarante apresenta como testemunha a também vítima ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA, RG 2019091104-7, CPF 086.950.373-12, filha de Antônio Procópio de Silva e Maria Américo de Sousa e Silva, residente na Rua Abson Alves de Araujo, 26, Nova Betania, Independência-CE;

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Eduardo Mateus et al

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069

X Ana Kimberlly de Sousa e Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA
Impresso nº 2020822374



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/11/2020 10:15:44**
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2020 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **PROX AO PONTO DO CARNEIRO - INDEPENDENCIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA**
Nascimento: **14/04/2000** CPF: **086.950.373-12**
RG: **20190911047** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA AMÉRICO DE SOUSA E SILVA**
ANTONIO PROCÓPIO DA SILVA
Endereço: **RUA ABSON ALVES DE ARAUJO**
Bairro: **NOVA BETANIA**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**
Nascimento: **01/08/2002** CPF:
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**
Endereço: **RUA PELO SINAL**
Bairro: **COHAB**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA EDUARDA MATEUS SALES**
Nascimento: **01/08/2002** CPF:
RG: **20089009090** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MICHELE MATEUS MARIA**
Endereço: **RUA PELO SINAL**
Bairro: **COHAB** CEP:
Município: **INDEPENDENCIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99733-5034**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIC3586 Uf: CE Município: FRECHEIRINHA Chassi: 9C2KC1670CR597005 Renavam: 481204121 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: LEONARDO RODRIGUES DA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

A pessoa acima qualificada, após advertida das penas cominadas ao delito



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 474 / 2020

de falsa comunicação de crime ou contravenção, afirma que na data, local e horário acima, estava pilotando sua motocicleta acima identificada; Que a declarante encontrava-se levando como garupeira a pessoa de ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA; Que na proximidade do Ponto do Carneiro, Independência-CE, o pneu da motocicleta da declarante veio derrapar; Que em seguida a declarante veio perder o controle do seu veículo; Que de imediato a declarante e a ANA KIMBERLLY veiram ao chão; Que após o acidente ambas seguiram para suas residências; Que ainda no mesmo dia, por conta da gravidade, a declarante e a ANA KIMBERLLY resolveram dirigir-se ao Hospital Municipal de Independência-CE; Que a declarante deu entrada no referido Hospital as 10h46min; Que conforme o boletim de atendimento apresentado a declarante veio a fraturar sua clavícula; Que ANA KIMBERLLY, que deu entrada no Hospital Municipal as 13h25min, conforme o boletim de atendimento apresentado, veio a fraturar um dos seus pulsos; Que ainda no mesmo dia a declarante e ANA KIMBERLLY foram transferidas para o Hospital São Lucas de Crateús-CE; Que a declarante apresenta como testemunha a também vítima ANA KIMBERLLY DE SOUSA E SILVA, RG 2019091104-7, CPF 086.950.373-12, filha de Antônio Procópio de Silva e Maria Américo de Sousa e Silva, residente na Rua Abson Alves de Araujo, 26, Nova Betania, Independência-CE;

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Eduardo Mateus et al

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069

X Ana Kimberlly de Sousa e Silva

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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRABESCO
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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 (val rasoer)? 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 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, CE 01/12/2020
Maria Eduarda Mateus Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 093.597.463-63 4 - Nome completo da vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA MATEUS SALES 6 - CPF: 093.597.463-63
 7 - Profissão: NEGOU-SE 8 - Endereço: R ABDON ALVES DE ARAUJO 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: NOVA BETÂNIA 12 - Cidade: INDEPENDÊNCIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63640-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (21) 96467-3588

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRABESCO
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0754 CONTA: 8744

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (val rasoer)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, CE 01/12/2020
Maria Eduarda Mateus Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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.

BANCO DO BRASIL 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: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/06/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8129656

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000008744

Número da Autenticação

87C9CE0002C2A7AB

Nº do Cliente:
4341908

A linha social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevíno, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074500933
Rota Referência: 08/2020
Nome: ID0011001 - 300010
Endereço: BANCISCA NILDA AMERICO HONORATO
RU ABDON ALVES DE ARAUJO, 00026 - 0601-6, NOVA
BETANIA, 63640-000, INDEPENDENCIA
Classificação: Resid. Baixa Renda
Modalidade: Resid. Baixa Renda
Ligação: B1 RESIDENCIAL
Emissão: 04/03/2020
Medidor: 4420867 - CPN-308
ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA
Anterior: 08/03/2020
Atual: 08/03/2020
P.F.: 23 dias
Próxima prevista: 09/03/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Ext. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F1	12.520	12.495	1,00	25	00	20	0,10500	5,55

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIÁRIO BRUTO	-
BENEFÍCIO TARIÁRIO LÍQUIDO	- 10,49
CONSUMO DE 000 kWh, até 030 kWh	- 5,55
MULTA	- 0,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,04	0,51	0,07
COFINS	16,04	2,39	0,37

VENCIMENTO 08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$) 6,42
CONSUMO CONSCIENTE
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)
245.250.143-34

RECAPITULANDO O VALOR DEBIDO

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 20/08/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como incluso em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000004341908.

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. Tarifário de R\$ 10,19.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/07 - 04/08

ATENÇÃO! As isenções extraordinárias concedidas a clientes cadastrados como Ex-Renda, cons. até 220 kWh, foram encerradas no dia 30/06. Em 07/20 permanece o desc. normal tarifa social de energia elétrica. Para mais informações acesse www.enei.com.br

DEBITOS ANTERIORES	MES ANO	VALOR (R\$)
06/2020	06/20	30,40
04/2020	04/20	4,53
05/2020	05/20	7,49
06/2020	06/20	7,30
07/2020	07/20	33,09
Total:		R\$ 80,91

Nº do Cliente: 4341908
Data de Emissão: 04/08/2020
Nº da Nota Fiscal: 074500933
Referência: 08/2020
Total a Pagar (R\$): 6,42
Nº de Controle: 08/2020 V: [1.0.0.15]
6,42
20010764741

8.5870000000 1 06420831020 4 01076474107 9 00004341908 9



2ª via de conta de luz

Conta de Luz | Grupo B | Série Única - 1 | Nº 005038122

Fisco D225.E7E5.DF54.85CF.3E23.DFE6.12D6.4D31

Endereço da Unidade ConsumidoraRUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108 - RET.S.JOAOQUIM
ITABORAI - RJ**Nome** ROBERTA GONCALVES SILVA**RG / CPF / CNPJ** 115.497.227-51 **Insc. Est.****Classificação** 01-RESIDENCIAL NORMAL,LIGAÇÃO BIFASICA**Referência** FEV/2020**Ampla Energia e Serviços S.A.**

Praça Leonir Ramos, 1

Niterói - RJ

CEP 24210-205

CNPJ 33.050.071/0001-88

Insc. Est. 80.046.561

www.enelidistribuicao.com.br

**A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.****INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)180 309 194 177 203 308 205 148 161 167 150 208 193 200 Média
FEV/2019 MAR/2019 ABR/2019 MAI/2019 JUN/2019 JUL/2019 AGO/2019 SET/2019 OUT/2019 NOV/2019 DEZ/2019 JAN/2020 FEV/2020**IMPOSTOS DADOS DO FATURAMENTO VALOR (R\$)**

Base de Cálculo	Valor do Consumo do Mes	171,17
R\$ 171,17	Multa por Atraso	3,72
ICMS	Juros do Mes	1,64
Alíquota	Atualizacao Monetaria do Mes	0,67
18,00 %	Contribuicao Iluminacao Publica-Prefeitura	18,68

Valor do Imposto

R\$ 30,81

DATAS

Leitura Atual

14/02/2020

Leitura Anterior

15/01/2020

Próxima Leitura

Prevista

17/03/2020

Consta desta fatura 10,01 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,81% (Art. 10 Res. 298/2006 - ANEEL e Leis N. 10.637/02 e 10.833/03)

INDICADORES DE QUALIDADE

Conjunto	Limite (h)	Mensal	Trimestral	Anual	Apurado (h)	Mensal	Trimestral	Anual
VENDA DAS PEDRAS	DIC	5,19	10,38	20,77	DIC	0,00	0,00	0,63
	FIC	3,17	6,35	12,70	FIC	0,00	0,00	1,00
EUSD 59,60 Ref DEZ/2019	DMIC	2,94			DMIC	0,00		
	DICRI				DICRI			

DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS (R\$)

Compra de Energia 49,65 Ampla 40,73 Tributos 40,82 Transmissão 8,20 Encargos Setorais 16,40

DADOS DA MEDIÇÃO

Faturamento	Constante/ Medidor	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo do mês (kWh)	Tarifa	Valor (R\$)
NORMAL	FP	3172	2979	193	0,88689	171,17

LEITURA / FATURAMENTO

NORMAL

Energia Reativa

0,00 0,00

0

Constante 0

Nº DO CLIENTE	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7505469-8	02/03/2020	195,88

CÓDIGO DE BARRAS DO MÊS CORRENTE
8388000001-1 95880019000-8 00075054690-5 00154370271-3**NOME** ROBERTA GONCALVES SILVA

Nº do Cliente 7505469-8

Data de Emissão 15/02/2020

Referência FEV/2020

Vencimento 02/03/2020

Total a pagar (R\$) 195,88

DÉBITOS PENDENTES

Mês Valor (R\$)

Outros

Total (R\$)

Somente através de identificação por código de barras

DEBITO AUTOMÁTICO

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito, Canais de Proteção de Dados e a Suspensão do Fornecedor de Energia Elétrica.

Autenticação Móvel

ROBERTA GONCALVES SILVA
RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108
ITABORAI - RJ
24813180**DADOS PARA ENTREGA**

Rota 12 21061 40 000554-6

Nº do Cliente 7505469-8

Emissão 15/02/2020

Medidor 3731372

CP CS

Apresentação 20/02/2020

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE

DIC: Nº de horas que o cliente ficou sem energia.

FIC: Nº de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.

DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.

Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

TENSÕES NOMINAIS PADRONIZADAS

Disponível: 127 e 220 V

Limites Min.: 116 e 201 V | Limites Máx.: 133 e 231 V

Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de luz, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo II.

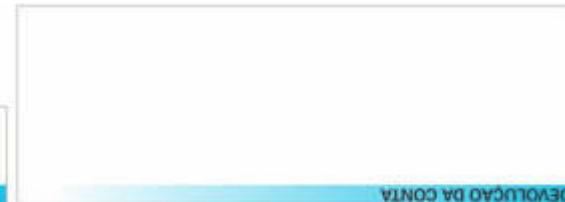
Informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta nas Lojas de Atendimento e no www.enelidistribuicao.com.br
Para falar com a Enel Rio, ligue (24h) para um dos telefones abaixo:

- 0800 280 0120, ligações de telefones fixos e móveis;
- 0800 252 1987, para deficientes auditivos;
- (21) 3976 9956, atendimento fora da Área de Concessão

- 0800 001 2000, curadoria, das 08h às 18h com protocolo do atendimento anterior.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis.

100% Papel Reciclado. 100% Responsabilidade Social e Ambiental.



IMPORTANTE

Chequeie cuidadosamente as informações e o valor da fatura antes de pagar. Caso haja alguma dúvida, entre em contato com o atendimento ao cliente. Não pague a fatura sem verificar os dados e o valor. A Enel não se responsabiliza por erros de digitação ou impressão.

Para garantir que todos os dados estejam corretos, envie a fatura para o e-mail: enel@enel.com.br



Agora somos Enel, um dos maiores grupos de energia do mundo, presente em 30 países, com mais de 50 anos de mercado e líder mundial em energias renováveis. No Brasil, estamos presentes em 15 Estados. Uma nova era. Uma nova energia.



Nº do Cliente:
4341908

A linha social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevíno, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074500933
Rota ID0011001 - 300010 Referência 08/2020
Nome BANCISCA NILDA AMERICO HONORATO
Endereço RU ABDON ALVES DE ARAUJO, 00026 - 0601-6, NOVA BETANIA, 63640-000, INDEPENDENCIA
Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 04/03/2020
Modalidade Resid. Baixa Renda Medidor 4420867 - CPN-308
Ligação B1 RESIDENCIAL
ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA
Anterior: 08/08/2020 Atual: 08/08/2020 P.F.: 23 dias Próxima prevista: 09/03/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F1	12.520	12.495	1,00	25	00	20	0,10500	2,125

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIÁRIO BRUTO	-
BENEFÍCIO TARIÁRIO LÍQUIDO	- 10,49
CONSUMO DE 000 kWh, até 030 kWh	- 5,55
MULTA	- 0,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,04	0,51	0,07
COFINS	16,04	2,39	0,37

VENCIMENTO 08/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 6,42
CONSUMO CONSCIENTE 245.250.143-34
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

RECAPITULANDO O VALOR A PAGAR R\$ 6,42

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 20/08/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como incluso em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000004341908.

MES ANTERIORES	VALOR (R\$)
06/2020	30,40
04/2020	4,53
05/2020	7,49
06/2020	7,30
07/2020	33,09
Total:	R\$ 80,91

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. Tarifário de R\$ 10,19.
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/07 - 04/08
ATENÇÃO! As isenções extraordinárias concedidas a clientes cadastrados como Ex-Renda, cons. até 220 kWh, foram encerradas no dia 30/06. Em 07/20 permanece o desc. normal tarifa social de energia elétrica.
Para mais informações acesse www.ene.com.br

Nº do Cliente: 4341908 Referência: 08/2020
Data de Emissão: 04/08/2020 Total a Pagar (R\$): 6,42
Nº da Nota Fiscal: 074500933 Nº de Controle: 20010764741 V: [1.0.0.15]

8.5870000000 1 06420831020 4 01076474107 9 00004341908 9

2ª via de conta de luz

Conta de Luz | Grupo B | Série Única - 1 | Nº 005038122

Fisco D225.E7E5.DF54.85CF.3E23.DFE6.12D6.4D31

Endereço da Unidade ConsumidoraRUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108 - RET.S.JOAOQUIM
ITABORAI - RJ**Nome** ROBERTA GONCALVES SILVA**RG / CPF / CNPJ** 115.497.227-51 **Insc. Est.****Classificação** 01-RESIDENCIAL NORMAL,LIGAÇÃO BIFASICA**Referência** FEV/2020**Ampla Energia e Serviços S.A.**

Praça Leonir Ramos, 1

Niterói - RJ

CEP 24210-205

CNPJ 33.050.071/0001-88

Insc. Est. 80.046.561

www.enelidistribuicao.com.br

**A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.****INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

180	309	194	177	203	308	205	148	161	167	150	208	193	200
FEV/2019	MAR/2019	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	Média

IMPOSTOS DADOS DO FATURAMENTO VALOR (R\$)

Base de Cálculo	Valor do Consumo do Mes	171,17
R\$ 171,17	Multa por Atraso	3,72
ICMS	Juros do Mes	1,64
Alíquota	Atualizacao Monetaria do Mes	0,67
18,00 %	Contribuicao Iluminacao Publica-Prefeitura	18,68

Valor do Imposto

R\$ 30,81

DATAS

Leitura Atual

14/02/2020

Leitura Anterior

15/01/2020

Próxima Leitura

Prevista

17/03/2020

Consta desta fatura 10,01 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,81% (Art. 10 Res. 298/2006 - ANEEL e Leis N. 10.637/02 e 10.833/03)

INDICADORES DE QUALIDADE

Conjunto	Limite (h)	Mensal	Trimestral	Anual	Apurado (h)	Mensal	Trimestral	Anual
VENDA DAS PEDRAS	DIC	5,19	10,38	20,77	DIC	0,00	0,00	0,63
	FIC	3,17	6,35	12,70	FIC	0,00	0,00	1,00
EUSD 59,60 Ref DEZ/2019	DMIC	2,94			DMIC	0,00		
	DICRI				DICRI			

DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS (R\$)

Compra de Energia 49,65 Ampla 40,73 Tributos 40,82 Transmissão 8,20 Encargos Setoriais 16,40

DADOS DA MEDIÇÃO

Faturamento	Constante/	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo do mês (kWh)	Tarifa	Valor (R\$)
NORMAL	Medidor	FP 3172	2979	193	0,88689	171,17
LEITURA / FATURAMENTO	1,00	HP				
NORMAL		HI				
Energia Reativa	Fator de	HR				
0,00 0,00	Potência					
	0					
Constante 0						

Nº DO CLIENTE	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7505469-8	02/03/2020	195,88

CÓDIGO DE BARRAS DO MÊS CORRENTE

8388000001-1 95880019000-8 00075054690-5 00154370271-3



NOME ROBERTA GONCALVES SILVA **Nº do Cliente** 7505469-8
Data de Emissão 15/02/2020 **Referência** FEV/2020 **Vencimento** 02/03/2020 **Total a pagar (R\$)** 195,88

DÉBITOS PENDENTES

Mês	Valor (R\$)
Outros	
Total (R\$)	

Somente através de identificação por código de barras



DEBITO AUTOMÁTICO

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito, Cancelamento de Faturas e a Suspensão do Fornecedor de Energia Elétrica.

Autenticação Móvel

ROBERTA GONCALVES SILVA
 RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108
 ITABORAI - RJ
 24813180

DADOS PARA ENTREGA

Rota 12 21061 40 000554-6

Nº do Cliente 7505469-8

Emissão 15/02/2020

Medidor 3731372

CP CS

Apresentação 20/02/2020

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE

DIC: Nº de horas que o cliente ficou sem energia.
 FIC: Nº de vezes que o cliente ficou sem energia.
 DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.
 DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.
 Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

TENSÕES NOMINAIS PADRONIZADAS

Disponível: 127 e 220 V
 Limites Min.: 116 e 201 V | Limites Máx.: 133 e 231 V
 Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de luz, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo II.

Informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta nas Lojas de Atendimento e no www.enelidistribuicao.com.br
 Para falar com a Enel Rio, ligue (24h) para um dos telefones abaixo:

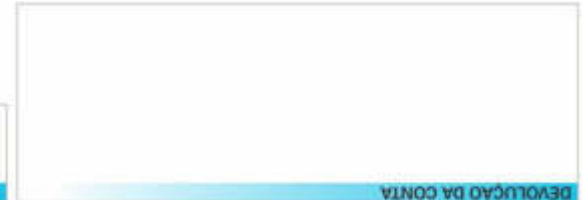
- 0800 280 0120, ligações de telefones fixos e móveis.
- 0800 252 1987, para deficientes auditivos.
- (21) 3976 9956, atendimento fora da Área de Concessão

- 0800 001 2000, curadoria, das 08h às 18h com protocolo do atendimento anterior.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis.



100% Papel Reciclado. 100% Responsabilidade Social e Ambiental.



IMPORTANTE
 Crie uma conta de energia elétrica e envie o comprovante de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destas tarifas, com exceção de cobrança de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamento, como a CIP (contribuição de iluminação pública). Para garantir esta exclusão, registre-se em nossa conta, envie a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.



Agora somos Enel, um dos maiores grupos de energia do mundo, presente em 30 países, com mais de 50 anos de mercado e líder mundial em energias renováveis. No Brasil, estamos presentes em 15 Estados. Uma nova era. Uma nova energia.



Nº do Cliente:
4341908

A linha social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevíno, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 074500933
Rota Referência: 08/2020
Nome: ID0011001 - 300010
Endereço: BANCISCA NILDA AMERICO HONORATO
RU ABDON ALVES DE ARAUJO, 00026 - 0601-0, NOVA
Classificação: BETANIA, 63640-000, INDEPENDENCIA
Modalidade: Tarifa: Baixa Renda Emissão: 04/03/2020
Ligação: B1 RESIDENCIAL Medidor: 4420867 - CPN-308
ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA
Anterior: 00-00-0000 P.F.: 23 dias Próxima prevista: 00-00-0000

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
B1	12.520	12.495	1,00	25	00	20	0,10500	2,55

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
BENEFÍCIO TARIÁRIO BRUTO	-
BENEFÍCIO TARIÁRIO LÍQUIDO	- 10,49
CONSUMO DE 000 kWh, até 030 kWh	- 5,55
MULTA	- 0,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,04	0,51	0,07
COFINS	16,04	2,39	0,37

VENCIMENTO 08/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 6,42
CONSUMO CONSCIENTE 245.250.143-34
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 20/08/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como incluso em ORGAOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 000004341908.

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. Tarifário de R\$ 10,19.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/07 - 04/08

ATENÇÃO! As isenções extraordinárias concedidas a clientes cadastrados como Ex-Renda, cons. até 220 kWh, foram encerradas no dia 30/06. Em 07/20 permanece o desc. normal tarifa social de energia elétrica. Para mais informações acesse www.ene.com.br

DEBITOS ANTERIORES	MES ANO	VALOR (R\$)
00-2020	06-2020	30,40
04-2020	04-2020	4,53
05-2020	05-2020	7,49
06-2020	06-2020	7,30
07-2020	07-2020	33,09
Total:		R\$ 80,91

Nº do Cliente: 4341908 Referência: 08/2020
Data de Emissão: 04/08/2020 Total a Pagar (R\$): 6,42
Nº da Nota Fiscal: 074500933 Nº de Controle: 20010764741 V: [1.0.0.15]

8.5870000000 1 06420831020 4 01076474107 9 00004341908 9

2ª via de conta de luz

Conta de Luz | Grupo B | Série Única - 1 | Nº 005038122

Fisco D225.E7E5.DF54.85CF.3E23.DFE6.12D6.4D31

Endereço da Unidade Consumidora

RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108 - RET.S.JOAOQUIM ITABORAI - RJ

Nome ROBERTA GONCALVES SILVA**RG / CPF / CNPJ** 115.497.227-51 **Insc. Est.****Classificação** 01-RESIDENCIAL NORMAL,LIGAÇÃO BIFASICA**Referência** FEV/2020**Ampla Energia e Serviços S.A.**

Praça Leonir Ramos, 1

Niterói - RJ

CEP 24210-205

CNPJ 33.050.071/0001-88

Insc. Est. 80.046.561

www.enelidistribuicao.com.br

**A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.****INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR.

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

180	309	194	177	203	308	205	148	161	167	150	208	193	200
FEV/2019	MAR/2019	ABR/2019	MAI/2019	JUN/2019	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	OUT/2019	NOV/2019	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	Média

IMPOSTOS DADOS DO FATURAMENTO VALOR (R\$)

Base de Cálculo	Valor do Consumo do Mes	171,17
R\$ 171,17	Multa por Atraso	3,72
ICMS	Juros do Mes	1,64
Alíquota	Atualizacao Monetaria do Mes	0,67
18,00 %	Contribuicao Iluminacao Publica-Prefeitura	18,68

Valor do Imposto

R\$ 30,81

DATAS

Leitura Atual

14/02/2020

Leitura Anterior

15/01/2020

Próxima Leitura

Prevista

17/03/2020

Consta desta fatura 10,01 referentes a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,04% e COFINS: 4,81% (Art. 10 Res. 298/2006 - ANEEL e Leis N. 10.637/02 e 10.833/03)

INDICADORES DE QUALIDADE

Conjunto	Limite (h)	Mensal	Trimestral	Anual	Apurado (h)	Mensal	Trimestral	Anual
VENDA DAS PEDRAS	DIC	5,19	10,38	20,77	DIC	0,00	0,00	0,63
	FIC	3,17	6,35	12,70	FIC	0,00	0,00	1,00
EUSD 59,60 Ref DEZ/2019	DMIC	2,94			DMIC	0,00		
	DICRI				DICRI			

DIVISÃO DE CONSUMO DO MÊS (R\$)

Compra de Energia 49,65 Ampla 40,73 Tributos 40,82 Transmissão 8,20 Encargos Setoriais 16,40

DADOS DA MEDIÇÃO

Faturamento	Constante/ Medidor	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo do mês (kWh)	Tarifa	Valor (R\$)
NORMAL	FP 3172	2979	193		0,88689	171,17

LEITURA / FATURAMENTO

NORMAL

Energia Reativa

0,00 0,00

Fator de

Potência

0

Constante 0

Nº DO CLIENTE	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7505469-8	02/03/2020	195,88

CÓDIGO DE BARRAS DO MÊS CORRENTE

8388000001-1 95880019000-8 00075054690-5 00154370271-3

**NOME** ROBERTA GONCALVES SILVA

Nº do Cliente 7505469-8

Data de Emissão 15/02/2020

Referência FEV/2020

Vencimento 02/03/2020

Total a pagar (R\$) 195,88

DÉBITOS PENDENTES

Mês Valor (R\$)

Outros

Total (R\$)

Somente através de identificação por código QR

ROBERTA GONCALVES SILVA
RUA DES FERREIRA PINTO 00000 LT 8 QD 108
ITABORAI - RJ
24813180**DADOS PARA ENTREGA**

Rota 12 21061 40 000554-6

Nº do Cliente 7505469-8

Emissão 15/02/2020

Medidor 3731372

CP CS

Apresentação 20/02/2020

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE

DIC: Nº de horas que o cliente ficou sem energia.

FIC: Nº de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.

DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.

Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

TENSÕES NOMINAIS PADRONIZADAS

Disponível: 127 e 220 V

Limites Min.: 116 e 201 V | Limites Máx.: 133 e 231 V

Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de luz, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo II.

Informações sobre as condições de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta nas Lojas de Atendimento e no www.enelidistribuicao.com.br
Para falar com a Enel Rio, ligue (24h) para um dos telefones abaixo:

- 0800 280 0120, ligações de telefones fixos e móveis;
- 0800 252 1987, para deficientes auditivos;
- (21) 3976 9956, atendimento fora da Área de Concessão

- 0800 001 2000, curadoria, das 08h às 18h com protocolo do atendimento anterior.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis.

100% Papel Reciclado. 100% Responsabilidade Social e Ambiental.



IMPORTANTE Crie uma cópia de reserva de valores referentes a serviços e produtos não reconhecidos no momento de energia elétrica, a cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com exceção de cobrança de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentadas, como a CIP (contribuição de iluminação pública). Para garantir esta última informação consulte o site www.enel.com.br



Agora somos Enel, um dos maiores grupos de energia do mundo, presente em 30 países, com mais de 50 anos de mercado e líder mundial em energias renováveis. No Brasil, estamos presentes em 15 Estados. Uma nova era. Uma nova energia.



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 EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 120.281.807, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA EDUARDA MATEUS SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA EDUARDA MATEUS SALES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63, 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 DOS FERREIRA PINTO</u>	Número: <u>SIN</u>	Complemento: <u>278 - 2º 108</u>
Bairro: <u>SÃO JOAQUIM</u>	Cidade: <u>ITABOARA</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>24.813-180</u>	Tel.(DDD): <u>12196467-3588</u>

Local e Data: RJ, 03/12/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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 EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 120.281.807, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA EDUARDA MATEUS SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA EDUARDA MATEUS SALES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63, 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 DOS FERREIRA PINTO</u>	Número: <u>SIN</u>	Complemento: <u>278 - 2º 108</u>
Bairro: <u>SÃO JOAQUIM</u>	Cidade: <u>ITABOARA</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>24.813-180</u>	Tel.(DDD): <u>12196467-3588</u>

Local e Data: RJ, 03/12/2020

Eduardo Machado
Assinatura do Declarante

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 EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 120.281.807, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA EDUARDA MATEUS SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA EDUARDA MATEUS SALES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.597.463, 63, 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 DOS FERREIRA PINTO</u>	Número: <u>SIN</u>	Complemento: <u>278 - 2º 108</u>
Bairro: <u>SÃO JOAQUIM</u>	Cidade: <u>ITABOARI</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>24.813-180</u>	Tel.(DDD): <u>12196467-3588</u>

Local e Data: RJ, 03/12/2020

Eduardo Machado
Assinatura do Declarante

DATA: 10/10/2020 HORÁRIO: 10:46

TELEFONE: () _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

PACIENTE: Michele Eduardo Soares Sales

CNS: _____ SEXO: F IDADE: 18

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/2002 NATURALIDADE: Terra de Pernambuco

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Pedro Sampaio N. 204

MÃE: _____

MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

() CLÍNICO () OBSTÉTRICO () PSIQUIÁTRICO () VIOLÊNCIA () PEDIÁTRICO () CIRÚRGICO () ACIDENTE

PA: _____ T: _____ FC: _____ FR: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ SPD 2: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CONDUTA MÉDICA:

Paciente vítima de queda de motocicleta apresentando
entorçoes e trauma em clavícula direita. Ao exame físico
foi evidenciada deformidade.

CP: Sdrio B de clavícula direita

PTO ambulatório

Limpo e unívoco dos entorçoes

Claire Cristina L. Galu
Médica
CRM-CE: 20187

MÉDICO

Michele Eduardo Soares
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DATA: 10/10/2020 HORÁRIO: 10:46

TELEFONE: () _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

PACIENTE: Michele Eduardo Soares Sales

CNS: _____ SEXO: F IDADE: 18

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/2002 NATURALIDADE: Terra de Pernambuco

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Rua Pedro Sampaio N. 204

MÃE: _____

MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

() CLÍNICO () OBSTÉTRICO () PSIQUIÁTRICO () VIOLÊNCIA () PEDIÁTRICO () CIRÚRGICO () ACIDENTE

PA: _____ T: _____ FC: _____ FR: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ SPD 2: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CONDUTA MÉDICA:

Paciente vítima de queda de motocicleta sofrendo
entorçoes e trauma em clavícula direita. Ao exame físico
foi evidenciada deformidade.

CP: Sdiato R de clavícula direita

PTO ambulatório

Limpza e unção dos entorçoes

Claire Cristina L. Galu
Médica
CRM-CE: 20187

MÉDICO

Michele Eduardo Soares Sales
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 034228	Atend. 0002	Nome do Paciente MARIA EDUARDA MATEUS SALES	CNS 164057591810009	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 093.597.463-63 Certidão Nascimento: 21065			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 01/08/2002	Local INDEPENDENCIA/CE			Idade 18 Ano(s)
Pai NC	Mãe MICHELE MATEUS SALES			
Endereço RUA PELO SINAL, 24	Bairro COHAB	CEP 63640-000	Município INDEPENDENCIA	UF CE
Profissão SEM PROFISSAO	Empresa	Cônjuge		
Responsável MICHELE MATEUS SALES	CPF do Responsável	Endereço PELO SINAL, 24 CASA	Município INDEPENDENCIA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/10/2020	Hora 12:18	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FABRÍCIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU		CRM/UF 14707/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA		
Observação guia com validade 10/11/2020				
Sala	Data/Hora Liberação 10/10/2020 16:04		Tipo de Saída Alta clínica	

Sinais Vitais

Temperatura (oC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (lpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Dor
36,20	116	20	140	85			98		8

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 10/10/2020 11:56
Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE APRESENTA TRAUMA NA CLAVICULA DIREITA, REFERE DOR LOCAL
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

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

10/10/2020 16:04:36h Responsável: FABRÍCIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU CRM-CE 14707
PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA
DESVIADA DE CLAVICULA DIREITA

CD: INDICAÇÃO DE CIRURGIA , FAMILIARES OPTAM POR ALTA E RETORNO
NA SEGUNDA PARA INTERNAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

f. viana

Dr. Fabrício Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 14707 RQE 8605

FABRÍCIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM: 14707



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MICHELE MATEUS SALES

Dados do Paciente

Paciente MARIA EDUARDA MATEUS SALES				Prontuário 034228/0003	CNS 16.4057.591.8100-09
Sexo Feminino	Estado Civil Solteiro(a)	Profissão SEM PROFISSAO	Data de Nascimento 01/08/2002	Idade 18 ano(s) 02 mes(es) e 09 dia(s)	Cor Parda
Documento CPF: 09359746363		Nome da Mãe MICHELE MATEUS SALES			
Endereço RUA PELO SINAL, 24			Bairro COHAB	CEP 63640-000	
Município INDEPENDENCIA			UF CE	Telefone 88996167226	
Convênio SUS		Guia	Classificação de Risco * VERDE		Regime Pronto-atendimento
Médico JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA		
Origem CONSULTORIOS		Assinatura			

Peso (kg): _____ Dados Clínicos: _____

Utilização de filmes

Filmes: 18X24 24X30 30X40 35X35 35X43
 Usado _____
 Perdido _____

Exames Requisitados


Código Exame Lado Inc. Worklist Técnico
 003541 ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR Direito 2 156433 JOSE ERIMILSON FRANCO DE SOUSA

Interpretação

15-22

Jose Erilson Franco de Sousa
 CRP-RO 0077
 Radiologia

34228

HOSPITAL São Lucas		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO			
Nome: <i>Maria Eduarda Mateus Sales</i>			
Cliente:	Unidade:	Enfermagem:	Leito:
EXAMES REQUISITADOS:			
<i>PX clavícula (D)</i>			
<i>10/10/2020</i>		<i>[Signature]</i>	
Data		Requisição de Exames	

HOSPITAL SAO LUCAS
 MARIA EDUARDA MATEUS SAL
 No.034228/0003 10/10/2020

Data: 10/10/2020 , No. 034228/0003
 Convênio: SUS
 Exame: ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Retirar em: _____
 Prazo para retirada: 30 dias. Após essa data, os exames serão eliminados.

DATA: 10/10/2020 HORÁRIO: 10:46

TELEFONE: () _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

PACIENTE: Michele Natassia Soares

CNS: _____ SEXO: F IDADE: 18

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/2002 NATURALIDADE: Terra de Pernambuco

PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Pedro Sampaio N. 204

MÃE: _____

MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

() CLÍNICO () OBSTÉTRICO () PSIQUIÁTRICO () VIOLÊNCIA () PEDIÁTRICO () CIRÚRGICO () ACIDENTE

PA: _____ T: _____ FC: _____ FR: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ SPD 2: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CONDUTA MÉDICA:

Paciente vítima de queda de motocicleta apresentando
entorses e trauma em clavícula direita. Ao exame físico
foi evidenciada deformidade.

CP: Sdrio B de Clavícula direita

PTO ambulatório

Limpza e unção das entorses

Claire Cristina L. Galu
Médica
CRM-CE: 20187

MÉDICO

Michele Natassia Soares
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SECRETARIA LINDER DN-AT e Assessoria 198 08-08-2019 12:25 04-97819 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polícia Civil
0237



Eduardo Machado
Assessor de Gabinete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.454.403-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO

EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DOC (BRASIL) C. NASC LIV 180AA FLS 51 SÃO JOÃO DE MERITI TERM 107476 RJ

001 2 Vv

LEI Nº 7.118 DE 20/05/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
120.281.807-22

Nome
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento
19/03/1989

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polígrafo Direito

Maria Eduarda Mateus Sales

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008900909 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2014

NOME MARIA EDUARDA MATEUS SALES

FILIAÇÃO MICHELE MATEUS MARIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/08/2002

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21065 FOLHA: 132V

LIVRO: A-22 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF

VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 130

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
093.597.463-63

Nome
MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Nascimento
01/08/2002

SECRETARIA LINDER DN-AT e Assessoria 198 08-08-2019 12:25 04-97819 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polícia Civil
0237



Eduardo Machado
Assessor de Gabinete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.454.403-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO
EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DOC (BRASIL) C. NASC LIV 180AA FLS 51 SÃO JOÃO DE MERITI TERM 107476 RJ

001 2 Vv

LEI Nº 7.118 DE 29/05/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
120.281.807-22

Nome
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento
19/03/1989

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polígrafo Direito

Maria Eduarda Mateus Sales
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008900909 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2014

NOME MARIA EDUARDA MATEUS SALES
FILIAÇÃO MICHELE MATEUS MARIA

NATURALIDADE: INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/08/2002

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21065 FOLHA: 132V
LIVRO: A-22 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF

VTA *Assim. de Brasil* ASSINATURA DO DIRETOR P.: 130

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
093.597.463-63

Nome
MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Nascimento
01/08/2002

SECRETARIA LINDER DN-ART e Assessoria 198 08-482-2019 12:25 04/02/14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Polícia Civil
0237



Eduardo Machado
Assessor de Gabinete

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.454.403-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/2015

NOME EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO ANTONIO CARLOS MACHADO
EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 19/03/1989

DOC (BRASIL) C. NASC LIV 180AA FLS 51 SÃO JOÃO DE MERITI TERM 107476 RJ

CPF 001 2 Vv

LEI Nº 7.118 DE 20/05/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
120.281.807-22

Nome
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento
19/03/1989

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polígrafo Direito

Maria Eduarda Mateus Sales
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008900909 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/2014

NOME MARIA EDUARDA MATEUS SALES
FILIAÇÃO MICHELE MATEUS MARIA

NATURALIDADE: INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/08/2002

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 21065 FOLHA: 132V
LIVRO: A-22 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF

VTA *Assim. de Brasil* ASSINATURA DO DIRETOR P.: 130

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
093.597.463-63

Nome
MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Nascimento
01/08/2002

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

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

Número do pedido DPVAT: 3200 4398 53

Data da solicitação: 22/12/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF do beneficiário: 093.597.463-63

Nome do solicitante: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF do solicitante: 093.597.463-63

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (21) 96467-3588
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCREVER)

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

SOLICITO TOTAL REANÁLISE DO MEU PEDIDO DPVAT. NÃO ME ENCONTRO MEDICANDO NENHUM TIPO DE TRATAMENTO E OBTIVE FRATURA GRAVE NA CLAVÍCULA ME CAUSANDO SÉRIAS LIMITAÇÕES.

CE, 22/12/2020

Local e Data

Maria Eduarda Mateus Sales

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200439853 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES **Data do acidente:** 10/10/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO.
ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220032099 **Cidade:** Independencia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES **Data do acidente:** 10/10/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200439853 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES **Data do acidente:** 10/10/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO. (ESCORIAÇÕES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

MARIA EDUARDA MATEUS SALES, brasileiro (a)
estado civil: solteira, profissão: -, carteira de identidade
nº 2008900909-0, órgão expedidor: SSP-CE
C.P.F. nº 093.597.463-63, residente e domiciliado
R. ADDON ALVES DE ARAUJO, nº 26, bairro NOVA BETÂNIA
Cidade INDEPENDENCIA, no Estado de Ceará, pelo presente
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

OUTORGADO:

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO, Brasileiro, solteiro, Empresário,
Carteira de Identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente
e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Cabuís, Nilópolis – RJ, CEP:
26.540-390.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito
o Sr.º (a) MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Ocorrido em 10/10/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do
Outorgante.

Ceará, 01 de Dezembro de 2020.

Maria Eduarda Mateus Sales
(OUTORGANTE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

MARIA EDUARDA MATEUS SALES, brasileiro (a)
estado civil: solteira, profissão: -, carteira de identidade
nº 2008900909-0, órgão expedidor: SSP-CE
C.P.F. nº 093.597.463-63, residente e domiciliado
R. ADDON ALVES DE ARAUJO, nº 26, bairro NOVA BETÂNIA
Cidade INDEPENDENCIA, no Estado de Ceará, pelo presente
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

OUTORGADO:

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO, Brasileiro, solteiro, Empresário,
Carteira de Identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente
e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Cabuís, Nilópolis – RJ, CEP:
26.540-390.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito
o Sr.º (a) MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Ocorrido em 10/10/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do
Outorgante.

Ceará, 01 de Dezembro de 2020.

Maria Eduarda Mateus Sales
(OUTORGANTE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

MARIA EDUARDA MATEUS SALES, brasileiro (a)
estado civil: solteira, profissão: -, carteira de identidade
nº 2008900909-0, órgão expedidor: SSP-CE
C.P.F. nº 093.597.463-63, residente e domiciliado
R. ADDON ALVES DE ARAUJO, nº 26, bairro NOVA BETÂNIA
Cidade INDEPENDENCIA, no Estado de Ceará, pelo presente
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

OUTORGADO:

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO, Brasileiro, solteiro, Empresário,
Carteira de Identidade nº 21.454.403-3 DIC/RJ, CPF 120.281.807-22, residente
e domiciliado na Rua João de Castro, Nº 816, Cabuís, Nilópolis – RJ, CEP:
26.540-390.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito
o Sr.º (a) MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Ocorrido em 10/10/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do
Outorgante.

Ceará, 01 de Dezembro de 2020.

Maria Eduarda Mateus Sales
(OUTORGANTE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373708/20

Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF: 093.597.463-63

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

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

MARIA EDUARDA MATEUS SALES : 093.597.463-63

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: 22/12/2020
Nome: MARIA EDUARDA MATEUS SALES
CPF: 093.597.463-63

MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017413/22

Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF: 093.597.463-63

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

MARIA EDUARDA MATEUS SALES : 093.597.463-63

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350760/20

Vítima: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

CPF: 093.597.463-63

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 10/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDUARDA MATEUS SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

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

MARIA EDUARDA MATEUS SALES : 093.597.463-63

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: 04/12/2020
Nome: MARIA EDUARDA MATEUS SALES
CPF: 093.597.463-63

MARIA EDUARDA MATEUS SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA