



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Nova Russas
Processo: 02000577820238060133
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 23/03/2023 10:21:36

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2881321_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2881321_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-27.pdf
Documentação: 2881321_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 28-33.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível em nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível em nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

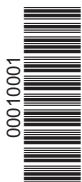
Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

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

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

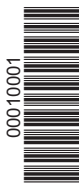
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILURDES BEZERRA BARROS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

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

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

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

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220029798

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LETICIA BARROS SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**

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

Banco: **237**

Agência: **000005440-2**

Conta: **000003324-3**

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

7 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 088.724.953-18 4 - Nome completo da vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARIA LETICIA BARROS SOUSA 6 - CPF: 088.724.953-18
 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: ASPIRATO NOVA BEZANIA 9 - Número: S/No 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: NOVA RUSAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.200-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: FRANCILUDES BEZERRA BARROS
 18 - CPF do Representante Legal: 021.744.663-92 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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: Banco do Nordeste (004)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00036 CONTA: 1168
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 Lider 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) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (na rusca)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA RUSAS - CE, 27.05.2022.

Franciludes Bezerra Barros
 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

7 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 088.724.953-18 4 - Nome completo da vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARIA LETICIA BARROS SOUSA 6 - CPF: 088.724.953-18
 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: ASPIRATO NOVA BEZANIA 9 - Número: S/No 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: NOVA RUSAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.200-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: FRANCILUDES BEZERRA BARROS
 18 - CPF do Representante Legal: 021.744.663-92 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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: Banco do Nordeste (004)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00036 CONTA: 1168
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA RUSAS - CE, 27.05.2022.

Franciludes Bezerra Barros
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 758 / 2022

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/05/2022 15:35:00**
 Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2020 15:27:00**
 Endereço da Ocorrência: **NOVA BETHANIA - NOVA RUSSAS/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**
 Nascimento: **22/11/1985** CPF: **021.744.663-92**
 RG: **2002028138268** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Identidade de gênero e orientação sexual: **NÃO INFORMOU**
 Filiação: **MARIA DE LOURDES RODRIGUES BEZERRA BARROS**
RAIMUNDO FERREIRA BARROS
 Endereço: **RUA DA CABANA**
 Bairro: **BETÂNIA** CEP:
 Município: **NOVA RUSSAS/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8121-6036**
 Email:

Histórico

Afirma a registrante que no dia 29/09/2020, por volta das 15:27, a noticiante e sua filha MARIA LETÍCIA BARROS SOUSA, CPF 088.724.953-18, vieram a sofrer um acidente de trânsito quando pilotava a motocicleta de MARCA HONDA CG/150 TITAN MIX KS, ANO/MODELO 2009/2010, COR PRETA, PLACA NQT5500- CE, CHASSI 9C2KC1610AR023031, licenciada em nome de LUÍS CARLOS COSTA MELO (Fortaleza). Informa a registrante que vinha pilotando sua motocicleta com sua filha, quando em certo momento foi desviar de uma bicicleta, onde acabou perdendo o controle de sua motocicleta e vindo a cair ao chão. Informa a registrante que foram socorridas por populares que passavam no local do acidente e foram levadas para o hospital Municipal de Nova Russas, onde sua filha MARIA LETÍCIA BARROS SOUSA CPF 088.724.953-18, foi transferida para o hospital São Lucas de Crateús-CE, onde foi constatadas várias lesões decorrente do acidente, conforme cópia do boletim de primeiro atendimento médico em anexo. E nada mais disse.///

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
 "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francilurdes Barros*

VISTO DO(A) DELEGADO(A): _____
LUÍZ ARTUR DE SOUZA SILVA MAT. 301253-1-2

Luiz Artur de Souza Silva
Luiz Artur de Souza Silva
 Delegado de Polícia Civil
 Mat. 301253-1-2

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_8129518

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILURDES BEZERRA BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05440

CONTA: 000000003324

Número da Autenticação

8905921799CD83BE

Nº do Cliente: **4832707**

fol criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veltevíno, 150
CEP 60138-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.946-3



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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **096515912**

Rota **NR533U02 - 21000** Referência **01/2021**
Nome **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**
Endereço **DT NOVA BETANIA, 00156, DISTRITO NOVA BETANIA, 62200-000, NOVA RUSSAS**
Classificação **Resid. Baixa Renda** Emissão **19/01/2021**
Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL** Medidor **2029621-FAE-006**
Ligação **Monofásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

CNPJ 07.047.251/0001-70

DATAS DE LEITURA			P.F. 32 dias
Anterior	Atual	Próxima prevista	
13-12-2020	19-01-2021	18-02-2021	

DADOS DA MEDIÇÃO								
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EF	15.657	14.879	1,00	187	00	187	0,51321	95,97

DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNICIPAL	-	-	20,98
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	-	41,31
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	-	-29,07
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,25633		7,69
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,44000		30,80
CONSUMO DE 101 KWH ATE 187 KWH	0,66069		57,48
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,04767		1,43
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,15600		4,68

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	143,39	27,00	38,69
PIS	104,70	0,66	0,66
COFINS	104,70	3,01	3,13

VERIFICAR N.º	01/03/2021	TOTAL A PAGAR (R\$)	135,30
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	021.744.663-92
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	73,00	Compensado kg (CO ₂)	0,00
Consciência Ecológica (R\$CO ₂)			

INFORMAÇÕES AO CLIENTE:

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 29,07.
 Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 19/12 - 31/12 Amarela : 01/01 - 19/01

Por determinação da ANEEL, a bandeira tarifária em vigor desde 1/12/20 é a Vermelha Patamar 2, onde a energia é mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br

Atualizamos a nossa Política de Privacidade. Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, acesse www.enel.com.br

Nº do Cliente: **4832707** Referência: **01/2021** V: [1.0.16.3]
 Data de Emissão: **19/01/2021** Total a Pagar (R\$): **135,30**
 Nº da Nota Fiscal: **096515912** Nº de Controle: **20014791322**

8385000001 6 35300031020 4 01479132207 6 00004832707 7

Nº do Cliente: **4832707**

fol criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Veltevíno, 150
 CEP 60138-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.946-3



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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **096515912**

Rota **NR533U02 - 21000** Referência **01/2021**
 Nome **FRANCILURDES BEZERRA BARROS**
 Endereço **DT NOVA BETANIA, 00156, DISTRITO NOVA BETANIA, 62200-000, NOVA RUSSAS**
 Classificação **Resid. Baixa Renda** Emissão **19/01/2021**
 Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL** Medidor **2029621-FAE-006**
 Ligação **Monofásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

C204PFC640EADHE0055029300589040124

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
13-12-2020	19-01-2021	18-02-2021

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EF	15.657	14.879	1,00	187	00	187	0,51321	95,97

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNICIPAL	-	20,98
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	41,31
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	-29,07
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,25633	7,69
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,44000	30,80
CONSUMO DE 101 KWH ATE 187 KWH	0,66069	57,48
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,04767	1,43
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,15600	4,68

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	143,39	27,00	38,69
PIS	104,70	0,66	0,66
COFINS	104,70	3,01	3,13

VERIFICAR N.º	01/03/2021	TOTAL A PAGAR (R\$)	135,30
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	021.744.663-92
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	73,00	Compensado kg (CO ₂)	0,00
Consciência Ecológica (R\$CO ₂)			

INTELLIGÊNCIAS AO CLIENTE:

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 29,07.
 Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 19/12 - 31/12 Amarela : 01/01 - 19/01

Por determinação da ANEEL, a bandeira tarifária em vigor desde 1/12/20 é a Vermelha Patamar 2, onde a energia é mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br

Atualizamos a nossa Política de Privacidade. Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, acesse www.enel.com.br

Nº do Cliente: **4832707** Referência: **01/2021** V: [1.0.16.3]
 Data de Emissão: **19/01/2021** Total a Pagar (R\$): **135,30**
 Nº da Nota Fiscal: **096515912** Nº de Controle: **20014791322**

83850000016 35300031020 4 01479132207 6 00004832707 7



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em três vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Maria Jovelina Bezerra de Sousa Prontuário N° _____
 Sexo: M F Data de Nascimento 15/12/08 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:
Paciente vítima de acidente de motocicleta (SIC)
com trauma em M.E. fratura fechada
 Resultado de Exames
Realizado P.X. 77 Ex parte Grav I
 Consulta já Realizada.
 Impressão Diagnóstica Dr. Milton Ferech de Castro Fratura fechada M.E.
 Médico crítico
 CRM-CE: 9575 Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função _____ Data 09.09.20 Hora 15:24

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: Traumatologista
 Unidade de Referência: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário N° _____ Alta ___/___/___

Resumo Clínico/Cirúrgico:

 Resultado de Exames

 Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

 O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data _____

*) Utilizar também como resumo de alta



Unidade de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Matrícula	Nome do Paciente	CNS	Gula de Autorização
59803.0001	MARIA LETICIA BARROS SOUSA	700406429961541	
CPF: 088.724.953-18		Estado Civil	Sexo
		Solteiro(a)	Feminino
Data de Nascimento	Local	Idade	
5/12/2007	NOVA RUSSAS/CE	12 Anos	
Mãe	Nome do Responsável	UF	Telefone
FRANCILURDES BEZERRA BARROS	FRANCILURDES BEZERRA BARROS	CE	88981216039
Endereço	Bairro	CEP	Município
CAMPO NOVA BETANIA, 402	ZONA RURAL	62203-000	NOVA RUSSAS
Profissão	Empresa	Cônjuge	
MIENOR			
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município
FRANCILURDES BEZERRA BARROS		CAMPO NOVA BETANIA, 402	NOVA RUSSAS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
29/09/2020	17:53	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR	6029/CE	CONSULTA ORTOPEDICA TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	NATANAEL VIEIRA DOS SANTOS			

Observação	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída	Gula de Autorização
Gula valida 09/10/2020	29/09/2020 18:35	Permanência	

Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (rpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicose (mg/dL)
37,90	120	20	100	70			96	120 (103)

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 29/09/2020 17:45

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA EM PERNA E, GENITORA NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

29/09/2020 18:35:50h Responsável: JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR-CRM-CE-6029

fratura exposta grau I PERNA ESQ

RX DE PERNA ESQ

CURATIVO COMPRESSIVO

TALA INGUINO
INTERNAR

Jose Fernandes
CRM 6029
TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCILURDES BEZERRA B

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARIA LETICIA BARROS SOUSA			159803/0003
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
15/12/2007	12 Ano(s)	FRANCILÚRDES BEZERRA BARROS	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
29/09/2020	ENFERMARIA	036/0004	
Profissional Responsável			CRM
JOAO VICTOR LEITAO MELO			15482
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA MEDICA 2	MEDICA	
Diagnóstico			
S82.5 Fratura do maléolo medial S82.5 Fratura do maléolo medial			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 29/09/2020 22:00:00

PACIENTE ADMITIDA NESSE SETOR CLINICA MEDICA,PROVINIENTE DA OBSERVAÇÃO EM VACA,CONSCIENTE,ORIENTADA,CALMA,AFEBRIL,EUPNEICA,REFERE ALGIA EM LOCAL DO TRAUMA,ACOMPANHADA,ACEITA DIETA,APRESENTANDO AS SEGUINTES QUEIXAS;FRATURA ESPOXTA MIE,SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020

REALIZADO ITEM,03,02,, DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 04:00:00

REALIZADO ITEM,06,12, DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 06:20:19

REALIZADO ITEM,02,03,04, DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Francisca Monica Soares Franca Barbosa
 Técnica de Enfermagem
 COREN-CE: 001.395.828

ESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA MONICA SOARES FRANÇA BARBOSA - COREN-CE 385828



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARIA LETICIA BARROS SOUSA			159803/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
15/12/2007	12 Ano(s)	FRANCILURDES BEZERRA BARROS		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		CRM
29/09/2020	ENFERMARIA	036/0004		15482
Profissional Responsável				
JOAO VICTOR LEITAO MELO				
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	CLINICA MEDICA 2	MEDICA		
Diagnóstico				
S82.2 Fratura da diáfise da tibia S82.2 Fratura da diáfise da tibia				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 08:00:45

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADA PELA SUA GENITORA, PARA TRATAMENTO TRAUMATOLOGICO. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, NEGA ALGIAS, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES. APRESENTA TRAUMA EM MIE COM MOBILIZAÇÃO DE TALA GESSADA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 08:55:05

PACIENTE ENCAMINHADO AO SETOR AO CENTRO CIRÚRGICO, EM MACA, ACOMPANHADO PELO TÉCNICO DE ENFERMAGEM E SUA GENITORA, JUNTAMENTE COM PRONTUÁRIO DO PACIENTE E CHECK LIST, TERMO DE CONSENTIMENTO E COMUNICAÇÃO DE TRANSIÇÃO DE PACIENTE E TERMO INFORMADO, DEVIDAMENTE PREENCHIDOS, AVP EM MSE CONECTADO EM HIDRATAÇÃO.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 14:30:34

PACIENTE RETORNOU DO CC, EM POI DE TTO CIRÚRGICO EM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA, AFEBRIL, EUPNEICO, MANTENDO VENÓCLISE EM MSE COM HIDRATAÇÃO CONECTADA, CURATIVO EM MIE LIMPO E SECO. ORIENTADO PACIENTE E ACOMPANHANTE QUANTO AOS CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO, COMUNICAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO A SINAIS E SINTOMAS QUE VENHA TER NESSE PERÍODO, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 18:52:18

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADA, APRESENTA CURATIVO LIMPO E SECO EM MIE COM FIXADOR EXTERNO, QUÊIXA-SE DE LEVE ALGIA AO MOVIMENTO EM MIE, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Eliana Otaviano Alves
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 486989

RESPONSÁVEL: TE: ELIANA OTAVIANO ALVES - COREN-CE 486989

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
ARIA LETICIA BARROS SOUSA			159803/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	Quarto/Leito	
12/12/2007	12 Ano(s)	FRANCILURDES BEZERRA BARROS	036/0004	
Data Internação	Aposento		CRM	
30/09/2020	ENFERMARIA		15482	
Profissional Responsável	Sector	Especialidade		
DAO VICTOR LEITAO MELO	CLINICA MEDICA 2	MEDICA		
US				
agnóstico				
82.2 Fratura da diáfise da tibia S82.2 Fratura da diáfise da tibia				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 20:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADA PELA SUA GENITORA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, NEGA ALGIAS, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES. APRESENTA TRAUMA EM MIE COM FIXADOR, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 20:00:52

REALIZADO ITEM 03, 04 DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 21:00:00

REALIZADO ITEM 06 DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 22:00:00

REALIZADO ITEM 02 DA PRESCRIÇÃO MEDICA APOS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948-834 - TE



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARIA LETICIA BARROS SOUSA			159803/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
15/12/2007	12 Ano(s)	FRANCILURDES BEZERRA BARROS		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		
29/09/2020	ENFERMARIA	036/0004		
Profissional Responsável			CRM	
JOAO VICTOR LEITAO MELO			15482	
Convênio		Setor	Especialidade	
SUS		CLINICA MEDICA 2	MEDICA	
Diagnóstico				
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 30/09/2020 23:00:00

REALIZADO ITEM 05 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020

REALIZADO ITEM 07 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020 02:00:00

REALIZADO ITEM 04 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020 04:00:00

REALIZADO ITEM 02, 03, DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

Francisca Jaene De Sousa Melo
COREN-CE 948.834 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 01/10/2020 05:00:00

REALIZADO ITEM 06 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE E ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

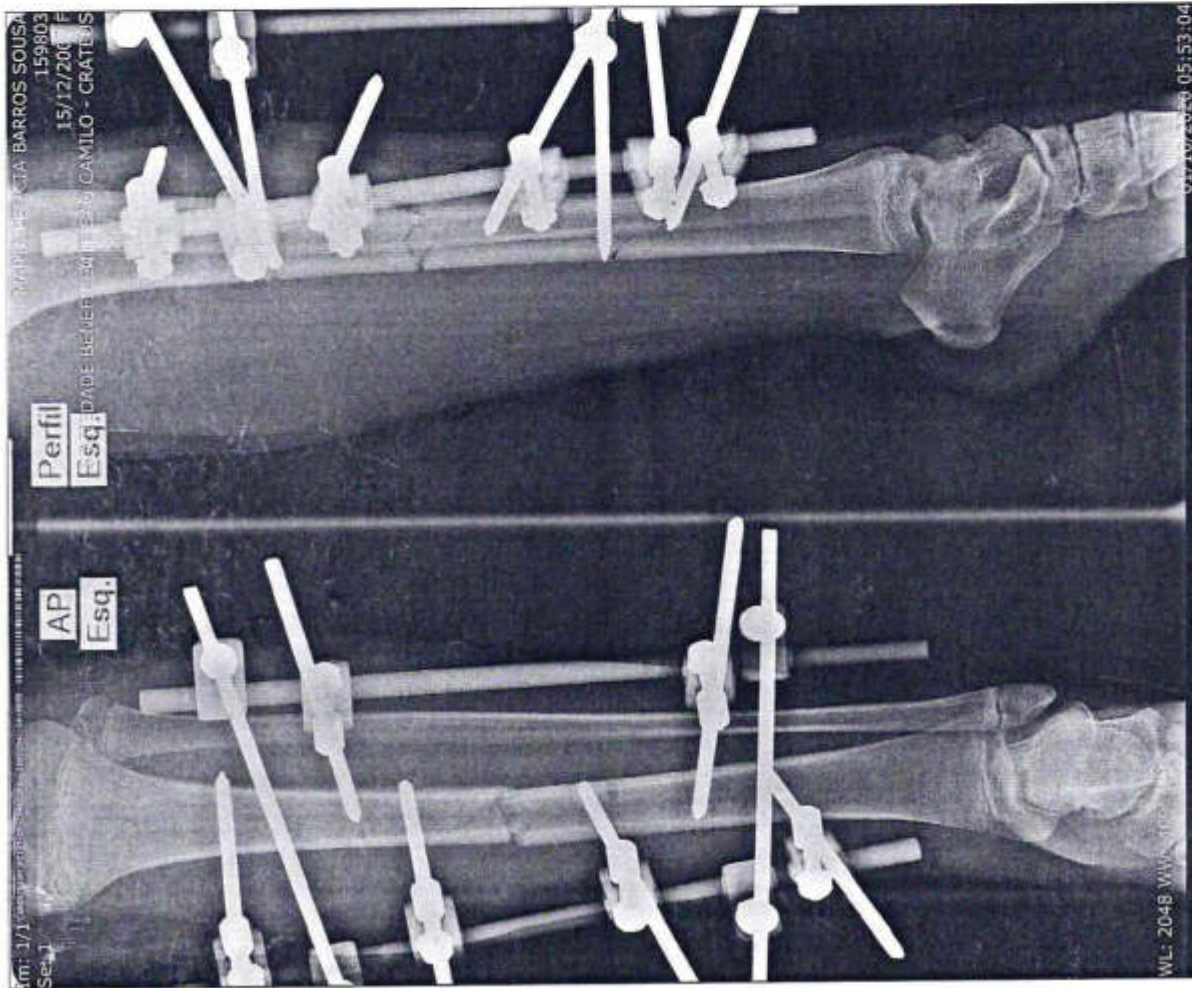
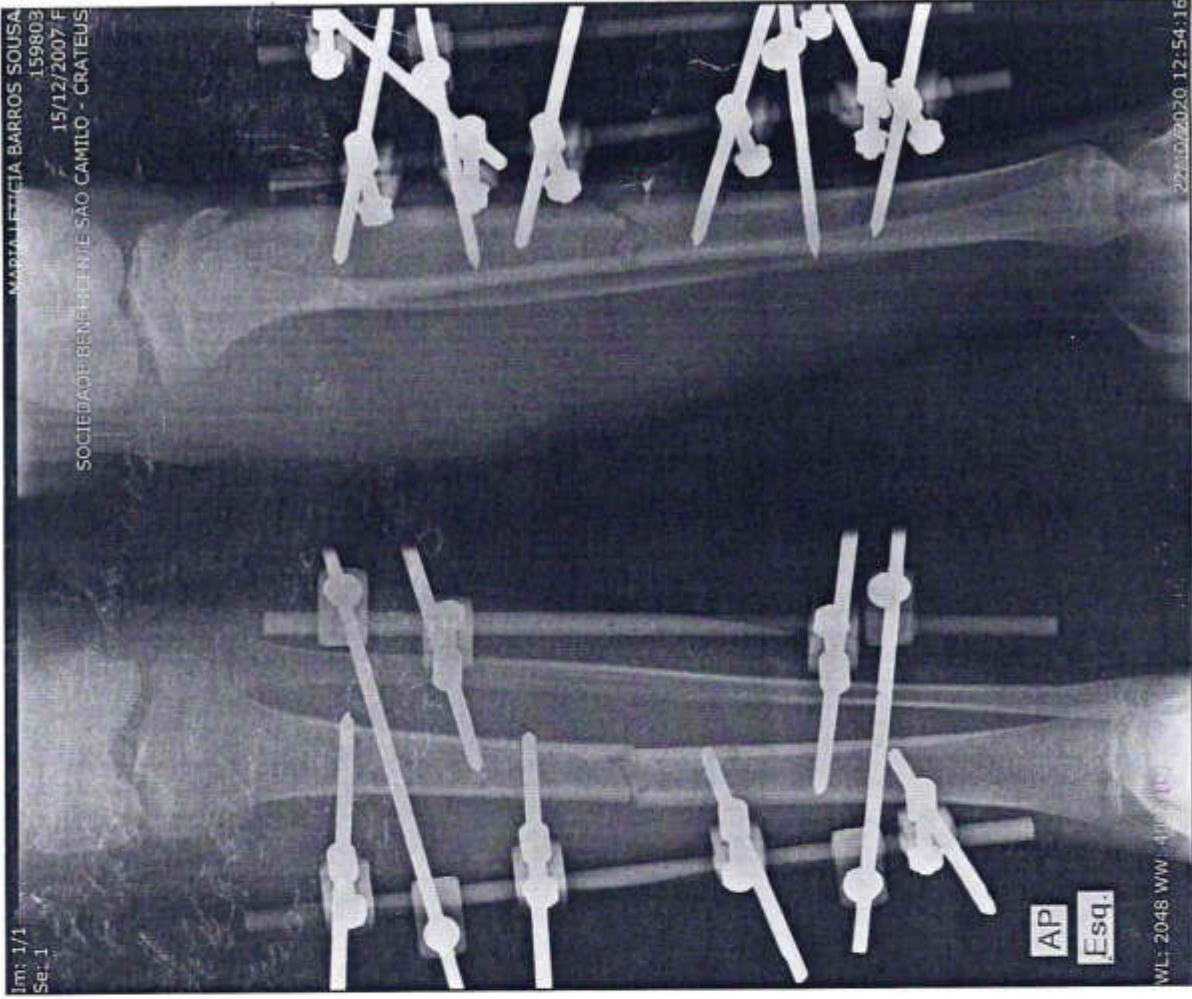


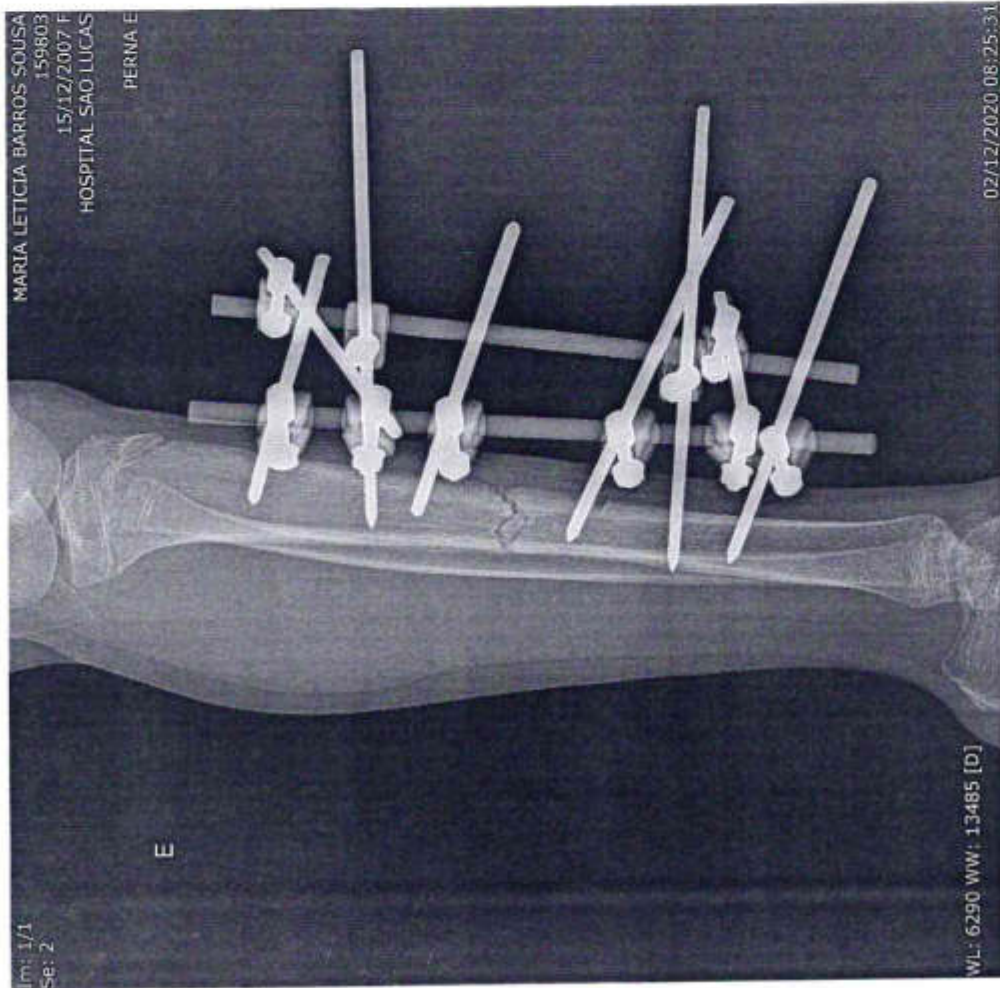
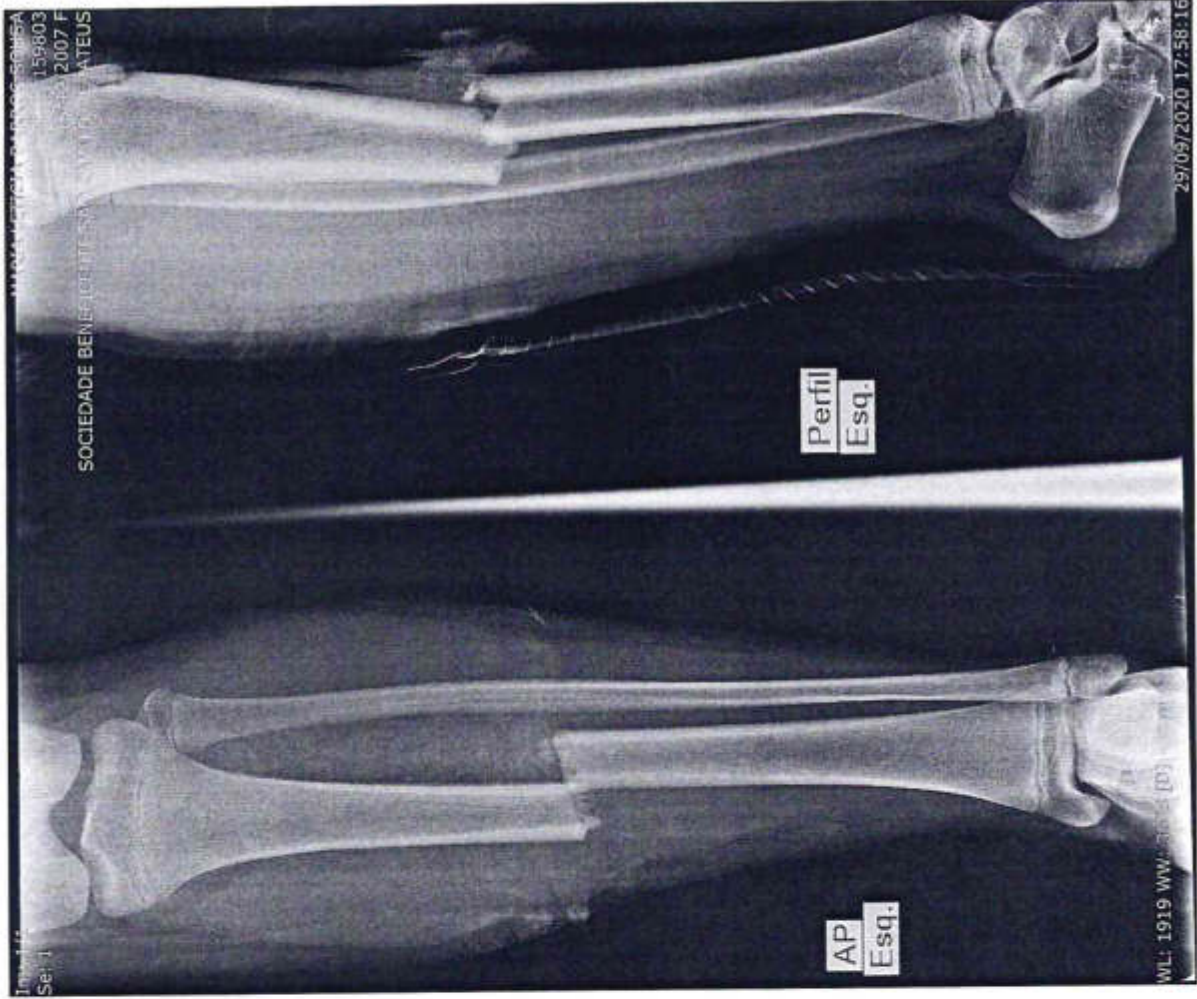
Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARIA LETICIA BARROS SOUSA			159803/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
15/12/2007	12 Ano(s)	FRANCILURDES BEZERRA BARROS		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		
29/09/2020	ENFERMARIA	036/0004		
Profissional Responsável			CRM	
JOAO VICTOR LEITAO MELO			15482	
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	CLINICA MEDICA 2	MEDICA		
Diagnóstico				
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia				

RESPONSÁVEL: TE: FRANCISCA JAENE DE SOUSA MELO - COREN-CE 948834

~~Francisca Jaene De Sousa Melo~~
COREN-CE 948-834 - TE







VALIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CARTÓRIO FERNANDES 1º OFÍCIO
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA
COMARCA DE NOVA RUSSAS - CE
CNPJ: 01.415.443/0001-06
Francisco da Silva Fernandes
Oficial Titular
Maria Oneide Jorge Barroso Fernandes
Escritor de Substituição



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

MARIA LETÍCIA BARROS SOUSA

MATRÍCULA:

0202710155 2008 1 00007 026 0002176 21

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO	DIA	MÊS	ANO
Quinze de dezembro de dois mil e sete	15	12	2007

HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
07h55min	Nova Russas Ceará

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Nova Russas - Ceará	Hospital	Feminino

FILIAÇÃO
Valdimiro Ferreira Sousa
Francilurdes Bezerra Barros

AVÓS
Paternos: Isaias Ferreira de Sousa e Maria Marcelina de Sousa
Maternos: Raimundo Ferreira Barros e Maria de Lourdes Rodrigues Bezerra Barros

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
Vinte e sete de março de dois mil e oito	

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Termo n.º 2176, fls.26-V, Livro A -07.

CARTÓRIO FERNANDES – PRIMEIRO OFÍCIO
CNPJ: 01.415.443/0001-06
Oficial (a) Registrador (a) – Francisco da Silva Fernandes
Maria Oneide Jorge Barroso Fernandes-Escritor de Substituição
Distrito de Nova Betânia – Nova Russas Ceará
CEP 62.205.000 Fone (**88) 99921 4318
Email: franciscodpaulo@bol.com.br

Nova Betânia, CE, 13 de outubro de 2016

Francisco da Silva Fernandes
Oficial do Registro Civil



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 014419110682

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01
186739079
RNTTC 0000000000
EXERCÍCIO 2018

LUIS CARLOS COSTA MELD
FORTALEZA /CE

43683991372
9C2K1610AR023031
NQT5500/CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC
HONDA/CG150 TITAN MIX KS

2P/OCV/149CC
PARTIC
PRETA

180.65
0.70
185.50
31/01/2018

FORTALEZA
05/01/2019

Liger Pontes
Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419110682 BILHETE DE SEGURO DPVAT

43683991372
NQT5500/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
68636584668

01
43683991372
HONDA/CG150 TITAN MI
NQT5500

2009
PART
9C2K1610AR023031

81.29
9.03
90.33
4.15
0.70
185.50
31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
K COTA ÚNICA
MOTOR K016E1A023031
00804





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

088.724.953-18

Nome

MARIA LETICIA BARROS SOUSA

Nascimento

15/12/2007

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

9250.165D.4FD9.F4C3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:46:11 do dia 03/04/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220029798 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.(P.4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO)- TÍBIA ESQUERDA. (P.4,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM P.1,2// NÃO FOI APRESENTADA FOLHA CIRÚRGICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220029798 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.(P.4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO)- TÍBIA ESQUERDA. (P.4,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BAM P.1,2// NÃO FOI APRESENTADA FOLHA CIRÚRGICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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: **088.724.953-18** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA LETICIA BARROS SOUSA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: **MARIA LETICIA BARROS SOUSA** 6 - CPF: **088.724.953-18**
 7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **DISTRITO DE NOVA BETANIA** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **NOVA RUSSAS** 13 - Estado: _____ 14 - CEP: **62.200-000**
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(88) 99915-9444**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **FRANCILURDES BEZERRA BARROS** 19 - Profissão do Representante Legal: **AGRICULTORA**
 18 - CPF do Representante Legal: **021.744.663-92**

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\$1.000,00 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRDESCO (237)**

AGÊNCIA: 2 CONTA: 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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(vá nascit)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **NOVA RUSSAS/CE, 10 DE JUNHO DE 2022**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francilurdes Bezerra Barros
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016196/22

Vítima: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

CPF: 088.724.953-18

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA LETICIA BARROS SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCILURDES BEZERRA BARROS : 021.744.663-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA LETICIA BARROS SOUSA : 088.724.953-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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