



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

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

Dados Básicos

Foro: Meruoca
Processo: 00067520320188060167
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 23/03/2023 13:43:45

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2881660_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: 2881660_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-29.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.

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

318036059401

VALOR TOTAL:

945,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO ALVES MARTINS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00458

CONTA: 000000045207

Número da Autenticação

92959979

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 30723 | 15:01:20 12/19/2017

etiqueta atendimento:

Atas: 4732993 Dt. Atende: 12/01/2017 - 15:01
Rec.: 08/09/2002 Dt. Hote: 08/09/2002
Nome: CERALDI ALVES MARTINS
Ind.: CAMILO S
DISTRITO: FERROVA-CE: CEP: 62130000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

paciente 14 anos vítima de acidente de moto sem capacete refere dor no punho d

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, Xela Garida Alves Barbalho, () Paciente (X) Responsável
(Grau de Parentesco) mãe, RGNº _____, declaro
que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Xela Garida Alves Barbalho
Assinatura do Paciente ou Responsável

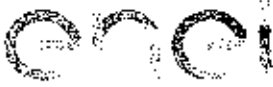
Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
Maria Cleide da Silva
GOVERNADORA

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.733/0001-06

TRAUMATOLOGIA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B { Série B-4 } N° 531428784

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevíno, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza, CE
CNPJ: 07047251/0001-70 | CGF: 09.105.848/3

A Tarifa Sobral de Energia Elétrica
formada pela Tarifa ICASE da
25 de Junho de 2012

Esta é a segunda via de
JUL/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5274784 DV 0

Rota 21 032141 02 011300 Medidor 2350051 Poste 0000 0
Nome MARGARIDA ALVES BARBALHO
Endereço Postal

End. da Unidade DTO CAMILOS 00125 MERUCCA 62130000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 800.885.623-87 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letura Atual 17791 Letura Anterior 17745 Constante 1 Consumo (kWh) 45 Consumo Incl. 0 Consumo Futuro 45

TOTAL A PAGAR (R\$)
R\$ 0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,19400	5,82
Consumo faixa 31-100 Kwh	15	0,32258	4,98

DATA DE LEITURA	Prev. Próxima
Data de Emissão / Apresentação: 29/06/2018	Leitura: 31/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BF46,3A8C,B965,COA3,0258,EBAA,D80F,BA66

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

OUTROS PAGAMENTOS	Valor (R\$)
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-17,49
JURIS DO MES	0,24
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES	0,26
MULTA MORATORIA	0,37
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA 5, BAIXA RENDA	0,82
DOAÇÃO SANTA CASA SOBRAL - TEL 0800 280 7700	5,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,00)	

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	5,57
TRANSMISSÃO	0,39
DISTRIBUIÇÃO	3,27
ENCARGOS SETORIAIS	0,85
Tributos (ICMS, PIS/COFINS)	1,41

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a frequência no verso desta nota. CM: 6,97

Conjunto SOBRAL I

Mes: MAI/ 2018

DIO (h)	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trim.	Mensal	Trim.
5,07	10,13	20,30	0,30	0,00
FID (un)	3,23	6,47	12,95	1,00
DMIC (h)	2,85		0,30	

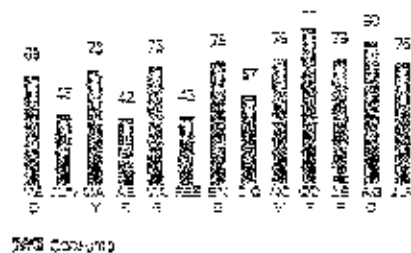
CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica %CO ₂
		0,00



HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5274784-0 N° da Nota Fiscal: 531428784 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 31/07/2018 Referência: JUL/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

RECEBEMOS

05/08/2018

Marle Geineide S. Nohre
Corretora de Seguro Elétrico
CNPJ 07.714.957/0001-05

9210073-2
 Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que pedir um serviço especial.

Aterro Social de Energia Elétrica
 Av. Itália, nº 1.011 - Jd. 10.438
 Jd. 20 de Maio de São Paulo
enel
 Companhia Energética de São Paulo
 Rua Pedro Álvares Cabral, 150
 CEP 04035-000 - Fátima - SP
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 04122.199-5

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 (H*) 521257537
 Nome: 20 32600 04 237000 - 7 Data da Emissão: 28/06/2018
 Nome: CLAUDIO SILVA DE JESUS
 End. Postal: AV PE FRANCISCO SADIO DE ARAUJO 00299 00299 CS CASA B
 CORACAO DE JESUS - SOBRAL - 62040370
 Medidor: 2231671 Poste: 0000 0000
 Classe: 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ: 008663475-50 CGF

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Valor a receber no vencimento desta conta: Contínua

Período	Índice
Jun/2018	28/06/2018 - 28/07/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
137,99	27,00%	37,24

ARELA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

Mês	Período	Parcela Mensal (R\$)	Parcela Mensal (P)	Adesão Individual
DIC	01/01 - 31/12	0,00	0,00	0,00
FIC	01/01 - 31/12	0,00	0,00	0,00
DMIC	01/01 - 31/12	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Abast.	Let. Abast. (2)	Dom.	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
TF	5301	0924	1,00	177	0,88	177	137,99
RESERVAÇÃO							VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO 00 MES							137,99
QUOTA PARCELAMENTO 2/3							37,35
Multa MORATORIA REF 05/2018							5,53
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL							13,37
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,81)							

RECEBEMOS
 06 AGO 2018

Maria Genésio F. Nobre
 Diretora de Serviços ao Cliente
 CNPJ 07047251/0001-70

05/07/2018 194,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	137,99
Parcelamento	37,35
Multa Moratória	5,53
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	42,53
TOTL	194,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

280	177	383	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-----	-----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/mês)

Consumo em kWh	Consumo em kg CO ₂	Consumo em kg CO ₂	Consumo em kg CO ₂
69,10	0,00	0,00	0,00

CONTAS EM ATRASO | DÉBITOS ANTERIORES

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0300 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Cláudio Silva de Jesus inscrito (a) no CPF/CNPJ 02869415, 50
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genildo Alves Montems inscrito
(a) no CPF sob o Nº 698784533, 36 do sinistro de DPVAT cobertura Unidade 3 da Vítima
Genildo Alves Montems inscrito (a) na CPF sob o Nº 698784533, 36, 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 São Sebastião de Anjo</u>	Número <u>879-B</u>	Complemento <u>1012</u>
Cidade <u>Salvador</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>69040370</u>
Email <u>claudiosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>81-994495518</u>	Telefone celular (DDD)

Salvador 09 de Julho de 2018
Local e Data

Cláudio Silva de Jesus
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

05/09/2018

Maria Goreteide F. Nobre
Corretora de Seguros Líder
02870014257800001-05

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO EVANGELISTA MARTINS,
RG nº 9008597983-4 data de expedição 16/08/13.
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 601313497-9, com
domicílio na cidade de Meruoca, no Estado de
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sto. Pancrácio, nº 195,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Genildo Alves Martins cujo o condutor era
Genildo Alves Martins
Veículo: Motorcycle
Modelo: Honda XR/150 BR05 ES
Ano: 2012-2013
Placa: 096-0959
Chassi: 9E2KDD550AR300475
Data do Acidente:
Local e Data: Sobral 27/Julho-2018

João Evangelista Martins
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ABRILDA - 3º OFÍCIO NOTAS, PROTESTOS E REGISTROS RUA FLORIANO PEIXOTO, 116 SOBRAL-CE (88) 3611.1545	Reconheço a(s) firma(s) de <u>João Evangelista Martins</u>
	() por semelhança (x) por autenticidade. Dou fé
	27 JUL. 2018 Sobral - CE
	Em Testemunho da verdade: <input type="checkbox"/> Ana Paula Carvalho Arruda Ceta - Titular <input checked="" type="checkbox"/> Luciana Carvalho de Arruda Linhares - Subst. <input type="checkbox"/> Mª da Conceição Rodrigues - Esc

RECEBEMOS

05 AGO 2018

Maria Geineide F. Nohre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ nº 167.720/0901-00

92958979

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOHIMENTO: 30723 | 15:01:20 12/19/2017

etiqueta atendimento:

Aten: 4732333 Dt. Atendes: 12/01/2017 - 15:11

Req.: 12/01/2017 15:01:20 Dt. Masc: 03/09/2002

Nome: GERALDO ALVES MARTINS

Sex.: MASCULINO

DISTRITO: MERUCA-CE: CEP: 62130000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

paciente 14 anos vítima de acidente de moto sem capacete refere dor no punho d

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura: ,

Eu, Xelva Barida Alves Barbalho, () Paciente (X) Responsável
(Grau de Parentesco) Mãe , RG Nº _____, declaro
que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.


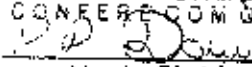
2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

Xelva Barida Alves Barbalho

Assinatura do Paciente ou Responsável

 Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL

 Maria Cleide da Silva
 GERENTE

TRAUMATOLOGIA

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Geineide F. Nobre
 Coordenadora de Serviço Especial
 CNP: 001.457.782/0001-05

TIPO DE TRAUMA

- TCE ABDOMINAL TORÁCICO ORTOPÉDICO POLITRAUMA
- ESPANCAMENTO VIOLÊNCIA SEXUAL
- PAI MÃE: OUTROS PAI PADASTRO DESCONHEC

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO:

Acidente motor

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura no joelho

Francisco das Chagas Pate
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CPE-358.519-7 (Cidade de São Paulo)
 Ass: Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO CARDIOLÓGICO NEUROLÓGICO OFTALMOLÓGICO
- CIRÚRGICO TRAUMAT. ORTOPÉDICO OTORRINO ODONTOLÓGICO
- TENTATIVA DE SUICÍDIO OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO
- SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE
- INTERNAÇÃO

- CLÍNICO CIRÚRGICO

RECEBEMO

B 6 AGO 2019

Marie Geacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros S/A
 CNPJ: 01.407.760/0001-05

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO: CLÍNICO CIRÚRGICO
- ALTA
- TRANSFERÊNCIA HOSPITAL DE ORIGEM OUTROS

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
P.P. D...
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE



REGISTRO MÉDICO - Ambulatório

Genaltes Alves Pereira

ATESTADO DE VÍCIOS

o Sr. Genaltes Alves Pereira, nascido em Sobral, Ceará, em 12/02/17, que foi atendido neste consultório com fratura no

osso do antebraço direito, a qual se encontra em processo de consolidação.

Devido a isso, recomenda-se o repouso relativo e o uso de órtese para evitar movimentos bruscos que possam prejudicar a consolidação da fratura.

Repare-se que o paciente não apresenta sinais de infecção local ou sistêmica.

Sobral, 04/09/18

RECEBEMOS
04/09/18

Maria Georgette F. Nogueira
Coordenadora de Registro Médico
CNPJ nº 07.816.313/0001-09

Dr. Francisco das Chagas Paiva
Ortopedista

3180360594

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1623369 **Data da Solicitacao: 23/02/2017**
Matricula.....: 897791 **Idade: 16a 0m 20d**
Identificacao.....: 4773128
Paciente.....: GERALDO ALVES MARTINS
Convênio.....: SUS - SIA
Médico Solic.....: FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
Laudo

Exames

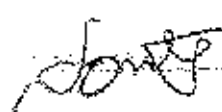
INTEBRACO

RECEBEMOS

fratura completa cavalgada no terço distal do rádio.

02 FHT 2018

Maria Goreteide F. Nobre
 Corretora de Seguros Fincal
 CEP: 21.247-700/001-08



Dr. FRANCISCO SAVIO TEIXEIRA PONTES
CRM - 6463

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL



Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Genaltes Alves Martins

ATESTADO ORTÓDICO

o vitimo de acidente no dia 02/01/17 quando foi atingido
nessa ocasião com fratura no
ombro

devido ao trauma moment
+ gesso

pois evoluiu em consolidação
da fratura

depois de 10% de amplexo
de cura

sem sintomas

em 04/09/18

02 OUT 2018

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedista / Traumatologista
CRM 17.147.703-00/1-03

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedista / Traumatologista
CRM 17.147.703-00/1-03

COD. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICACIONAL: 2017275855 - 0

DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

NOME: GERALDO ALVES MARTINS

SITUAÇÃO: JOÃO EVANGELISTA MARTINS

MARGARIDA ALVES BARBALHO

NATURALIDADE: MERUOCA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 08/09/2002

SOCIOLOGIA: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO 15941 FOLHA 32V

LIVRO: A 15 - MERUOCA - CE

CPF: 628.784.533-36

VIA

Assinado por: [Assinatura]

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2008

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Guinéide F. Nobre
 Corretora de Seguros Etnaf
 CNV 033.147.730/0001-05

Maria Cecileide F. Aguiar
Coordenadora de Registro Civil
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
Cidade de Fortaleza - CE, 05.000.1-03

06 AGO 2018

RECEBEMOS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL	2006597983 - 4	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/08/2018
NOME	JOÃO EVANGELISTA MARTINS		
RELIGIÃO	JOSÉ MARTINS DE AMORIM		
	RAIMUNDA MARTINS DE AMORIM		
NATURALIDADE	NERUOCA - CE	DATA DE NASCIMENTO	05/05/1959
DOL. ORIGINAL	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFICIO TERMO: 12049 FOLHA: 684		
	LIVRO: A-03 NERUOCA - CE		
	CPF: 601.313.497-91		
	ASSINATURA DO DIRETOR		
	1.31 N.º 7.118 DE 25/6/93		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E LAUDO PERICIAL

Polgar Direito

João Evangelista Martins

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180360594

Cidade: Meruoca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES MARTINS

Data do acidente: 12/01/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM ATUAIS (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

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

RECEBEMOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

06 AGR 2018

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 14.877.361/0001-06

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Alves Martins
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 507275855-0
CPF: 62878453336
Profissão: EXMIDANTE
Endereço: DTA. POMMUNY - MURUNDO - PE
CEP: 62530000
Telefone: (88) 99449-5548

OUTORGADO:

Nome: Yvany Silva de Jesus
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 0204335049
CPF: 00865347550
Profissão: ADMINISTRADOR
Endereço: AV. Padre FOL SAGRADO DE ANEXO - 2993
CEP: 63040370
Telefone: (88) 99449-5548

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a última: Geraldo Alves Martins



Sedrol, 06/07/2018
Local e data

Geraldo Alves Martins
Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

(x) Por autenticidade () por semelhança. Dou fe
Em testemunho [assinatura] da verdade
Massapê-CE, 26 de 07 de 2018.
Inês de M^{te} Maria Vasconcelos Lima - Titular
() Silvia Helena Vasconcelos - Substituta
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Inês de Maria G. Vasconcelos Lima
Tabelã e Oficiala do Registro
Massapê - Ceará

Yvany Silva de Jesus

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285660/18

Número do Sinistro: 3180360594

Vítima: GERALDO ALVES MARTINS

CPF: 628.784.533-36

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/01/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO ALVES
MARTINS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018
Nome: CLAUDIO SILVA DE JESUS
CPF: 008.663.475-50

CLAUDIO SILVA DE JESUS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180360594

Cidade: Meruoca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES MARTINS

Data do acidente: 12/01/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, CRM 6011, EM 04/09/2018.

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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285660/18

Número do Sinistro: 3180360594

Vítima: GERALDO ALVES MARTINS

CPF: 628.784.533-36

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/01/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO ALVES MARTINS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: CLAUDIO SILVA DE JESUS
CPF: 008.663.475-50

CLAUDIO SILVA DE JESUS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 782.049.173-68

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180360594

Cidade: Meruoca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERALDO ALVES MARTINS

Data do acidente: 12/01/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, CRM 6011, EM 04/09/2018.

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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES MARTINS

Nº Sinistro: 3180360594

Vitima: GERALDO ALVES MARTINS

Data do Acidente: 12/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDIO SILVA DE JESUS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180360594**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES MARTINS
Nº Sinistro: 3180360594
Vitima: GERALDO ALVES MARTINS
Data do Acidente: 12/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLAUDIO SILVA DE JESUS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180360594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES MARTINS
Nº Sinistro: 3180360594
Vitima: GERALDO ALVES MARTINS
Data do Acidente: 12/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLAUDIO SILVA DE JESUS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180360594**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o **Incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: CPF da vítima: 69278453336 Nome completo da vítima: Georgio Alves Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Georgio Alves Martins</u>		CPF titular da conta: <u>69278453336</u>		Profissão: <u>Estudante</u>	
Endereço: <u>Av. Comandante</u>		Número: <u>125</u>		Complemento: <u>caso</u>	
Bairro: <u>OTO. Comandante</u>		Cidade: <u>Meruge</u>		Estado: <u>CE</u>	
Email: <input type="text"/>		CEP: <u>82130000</u>		Telefone (DDD): <u>9999995548</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. 458 D/V CONTA NRO. 45807 D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Georgio Alves Martins de 29 de Julho de 2018
Local e Data

RECEBEMO

06 AGO 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eire
CNPJ: 21.487.735/0001-06

Georgio Alves Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Georgio Alves Martins



Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Poupanca

Data: 28/07/2018 Terw: 069724 N.Trans: Hora: 11:16
Valor: 4754

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 0458 / SOBRAL -ETG
Conta: 0046207-6

Titular 1: GERALDO ALVES MARTINS

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado perante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco,
Sem talao de cheques em saqueio.
Sem pedir no balcao.
nem esperar pelo correio.

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Geineide F. Nobre
Chefe de Departamento
CNPJ 06.917.057/0001-00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 940 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 11:09:05**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/01/2017 09:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA**
 Complemento:
 Bairro: Município: **MERUOCA/CE**
 Ponto de Referência: **PERTO DO COLEGIO**

*DD - 12/01/2018
Agendo ao B.O. →*

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERALDO ALVES MARTINS**
 Nascimento: **08/09/2002** CPF: **628.784.533-36**
 RG: **2017275855-0** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **MARGARIDA ALVES BARBALHO**
JOAO EVANGELISTA MARTINS
 Endereço: **TRAVESSA ANTONIO VITAL DE SOUSA, 125**
 Bairro: **SITIO CAMILOS**
 Município: **MERUOCA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9420-4204**

RECEBEMOS
UF: CE
06/07/2018

Marie Geocineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 07.487.738/0001-35
CEP:

Noticiante(s)

Nome: **JOAO EVANGELISTA MARTINS**
 Nascimento: **05/05/1959** CPF: **601.313.497-91**
 RG: **2008597983-4** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **RAIMUNDA MARTINS DE AMORIM**
JOSE MARTINS DE AMORIM
 Endereço: **TRAVESSA ANTONIO VITAL DE SOUSA, 125**
 Bairro: **SITIO CAMILOS** CEP:
 Município: **MERUOCA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9295-9979**

UF: CE

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORT0959** Uf: **CE** Município: **MERUOCA** Chassi:
9C2KD0550DR300475 Renavam: **497236346** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERDE** Proprietário: **JOAO EVANGELISTA MARTINS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Que a vítima é menor de idade e veio a delegacia acompanhado de seu pai, o Sr. João Evangelista Martins; Que a vítima estava sozinha de moto indo do Colégio José Barbalho para casa quando caiu em um buraco pois estava correndo de dois cães; Que a vítima perdeu o controle da moto vindo a cair ao chão; Que a vítima estava na moto de seu pai; Que a vítima foi levado de ambulância para o hospital de Meruoca e, no mesmo dia, foi transferido para Santa Casa; Que a vítima quebrou o braço direito; Que a vítima ficou com o braço engessado por durante três meses; Que este BO é para fim de recebimento de seguro DPVAT.

X Gerardo Alves Martins

João Evangelista Martins

*Pol. 023560011
3180-263594*

*CDT
MT*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 940 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

Sâmia Cavalcante Vasconcelos
 Escrivã de Polícia Civil
 Mat. 301.126-1-X

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Sâmia Cavalcante Vasconcelos*
SÂMIA CAVALCANTE VASCONCELOS - MAT.: 3011261X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Alysson Keynes Almeida de Farias*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ALYSSON KEYNES ALMEIDA DE FARIAS - MAT.: 30122305

X *Caraloto ABRAO MARTINS*

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Geacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 07.427.730/0001-06



TERMO DE REINQUIRÇÃO DA TESTEMUNHA JOAO EVANGELISTA MARTINS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 940 / 2018

Aos 31 de julho de 2018, nesta cidade de MASSAPE, Estado do Ceará, onde pela(s) 10:58 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). ALYSSON KEYNES ALMEIDA DE FARIAS, DELEGADO(A), comigo SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório JOAO EVANGELISTA MARTINS, CPF: 601.313.497-91, nacionalidade BRASIL, CASADO(A), ENSINO FUNDAMENTAL, PINTOR filho(a) de JOSE MARTINS DE AMORIM e RAIMUNDA MARTINS DE AMORIM, nascido(a) em 05/05/1959, natural de MERUOCA/CE, residente à TRAVESSA ANTONIO VITAL DE SOUSA, 125, SÍTIO CAMILOS - MERUOCA/CE, telefone: (88) 9295-9979. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE QUE: Veio a esta Delegacia a fim de retificar o referido B.O para fazer constar que a data do acidente foi dia 12/01/2017. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme vai devidamente assinado por todos e por mim SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A): _____

DEPOENTE: _____

ESCRIVÃ(O): _____

João Evangelista Martins
Samia Vasconcelos

Samia Cavalcante Vasconcelos
 Escrivã de Polícia Civil
 Mat. 301.126-1-X

R. Gerardo Alves Moreira

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Geórgina F. Nobre
 Corretora do Sistema Eireli
 CNPJ: 21.487.738/0001-06

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Genildo Alves Martins</i>	CPF da Vítima <i>69872453336</i>	Data do Acidente
---	-------------------------------------	------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>11 4499 5548</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBEMOS

06 AGO 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.733/0001-06

Sebrae 29 de Julho de 2018
Local e Data

Genildo Alves Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

João Carlos de Jesus