

# BANCO BRADESCO S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILLO COELHO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00692-0

CONTA: 00000007261-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1902201805000000000237006920000000726184375 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180058980      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIL COELHO DE SOUZA      **Data do acidente:** 15/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar esquerdo.

**Descrição do exame** Déficit funcional leve do tornozelo esquerdo.

**médico pericial:** Evoluiu com edema e limitação leve da flexo extensão do tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico em 23.11.2017 evoluindo com edema e dor pós cirúrgico realizando fisioterapia com data de alta final de janeiro de 2018.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

**CRM do médico:** 10674

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180058980      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIL COELHO DE SOUZA      **Data do acidente:** 15/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar esquerdo.

**Descrição do exame** Déficit funcional leve do tornozelo esquerdo.

**médico pericial:** Evoluiu com edema e limitação leve da flexo extensão do tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico em 23.11.2017 evoluindo com edema e dor pós cirúrgico realizando fisioterapia com data de alta final de janeiro de 2018.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

**CRM do médico:** 10674

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO

### **Outorgante:**

Daniela Coelho de Souza, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Técnica em enfermagem, residente e domiciliado à Rua ST 51ª Trinca, Nº 25, Bairro ST 51ª Trinca, Município de Maria da Vitória, Estado de (o) Para CEP 63200000, portador (a) do RG nº 2003034008506, SSPI/CE \_\_\_\_\_ e CPF nº 048.468.803-03.

**Outorgado:**

Cícero Daniel dos Santos Souza, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão M. C. I, residente e domiciliado à Rua ST Lambdas (Zona Rural, N° 1505, Bairro ST Lambdas, Município de Bonfim, Estado de (o) Ceará CEP 63180-000 portador (a) do RG nº 2001016014110, SSP/CE e CPF nº 010.969.643-33.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Danielle Culha de Souza, ocorrido em 15/10/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurado (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandado.

Bonfálos, 17 de Janeiro de 2018

\*Daniel Rojas de Saiz  
Outamente

## Outorgante

CPF N° 048.468.803-03

**OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.**



RECEBEMOS

26 JAN 21  
Maria Gecineide r. Niemeyer  
Correitora de Seguros Eletro  
CNPJ:21.407.736/0001-01

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Concessionários do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035995/18

Vítima: DANIL COELHO DE SOUZA  
CPF: 048.468.803-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017  
Titular do CPF: DANIL COELHO DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

DUT

Outros

### Outros



**CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33**

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

**DANILO COELHO DE SOUZA : 048.468.803-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/01/2018  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333  
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2017

Código Nome do Funcionário  
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CBO Emp. Local Depto. Setor Socio El.  
2521-05 - ADMINISTRADOR

Cod. Descrição

101 PRÓ-LABORE  
973 INSS  
987 IRFF S.SALARIO

Referência Vencimentos Descontos  
30.000d 3.200,00  
11%  
7,5%  
352,00  
54,83

Total de Vencimentos 3200,00 Total de Descontos 406,83  
Salário Base 3.200,00 Base Cál. FGTS FGTS do Mês  
Sal. Contr. INSS 3.200,00 Base Cál. IRFF Faixa IRFF  
2848,00 02

Valor Líquido → 2.793,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTE A LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE REB

ASSINATURA DO FUNCIONARIO

DATA

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333  
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2017

Código Nome do Funcionário  
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CBO Emp. Local Depto. Setor Socio El.  
2521-05 - ADMINISTRADOR

Cod. Descrição

101 PRÓ-LABORE  
973 INSS  
987 IRFF S.SALARIO

Referência Vencimentos Descontos  
30.000d 3.200,00  
11%  
7,5%  
352,00  
54,83

Salário Base 3.200,00 Sal. Contr. INSS 3.200,00 Base Cál. FGTS FGTS do Mês  
Base Cál. IRFF Faixa IRFF

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06  
3200,00

Total de Descontos 406,83  
Valor Líquido → 2.793,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTE A LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE REB

ASSINATURA DO FUNCIONARIO

DATA

Cicero Daniel dos Santos S.

ASSINATURA DO FUNCIONARIO

DATA

Outros

Solicitação de reanálise



SINISTRO: 3180058980

Eu Danilo Coelho de Souza portador do RG 2003034008506 e CPF 048.468.803-03, residente no ST Santa Tereza nº25 zona rural da cidade Missão Velha-CE, declaro para os devidos fins de direito junto a seguradora LIDER que sofri um acidente de trânsito no dia 15 de outubro de 2017 e fui submetido a tratamento cirúrgico no dia 23 de novembro de 2017, tendo recebido atendimento e primeiros socorros pelo SAMU 192 da cidade de Juazeiro do Norte, sendo encaminhando ao Hospital Regional do Cariri-HRC. Venho por meio deste solicitar uma reavaliação do meu caso, estou disponível a qualquer dia e hora para ser reavaliado em uma nova perícia médica, pois é inadmissível tal resultado, tenho documentações hospitalares e laudos médicos os quais comprovam minhas sequelas. Aguardo desde já a resposta.

Danilo Coelho de Souza

CPF: 048.468.803-03

RECEBEMOS

12 MAR 2018

Maria Beatriz F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
P.J.21.487.736/0001-06

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035995/18

Vítima: DANIL COELHO DE SOUZA

CPF: 048.468.803-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017

Titular do CPF: DANIL COELHO DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

### 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](http://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.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/03/2018

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CPF: 010.969.643-33

Data do cadastramento: 12/03/2018

Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180058980      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIL COELHO DE SOUZA      **Data do acidente:** 15/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/02/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE TÁLUS ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180058980      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIL COELHO DE SOUZA      **Data do acidente:** 15/10/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/03/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$843,75 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO TORNOZELO ESQUERDO  
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** RENAN DE ALMEIDA SILVA

**CRM do médico:** 12076

**UF do CRM do médico:** CE

## 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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. Jólio Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº doc. \_\_\_\_\_

LANÇO MÉDICO

RELATO PARA OS DEIXOS  
FINS QUE DANIEL COELHO  
DE SOUZA SOFREU FRA-  
TURA DO TACUS (E) POR  
ACIDENTE DE MOTO (23/01/  
2017). FOI SUBMETIDO A  
CIRURGIA (osteosynthesize do  
TACUS com placa e par-  
fílos). HOJE, ENCONTRA-SE  
DE ALTA DEFINITIVA (possui  
LIMITEGOS NA FLEXO-  
ELETRONIA DO TACUS (E)).

**RECEBEMOS**

12 MAR 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

CRM: 8669  
Oncopatologista  
Dr. Washington L. M. Fecihne

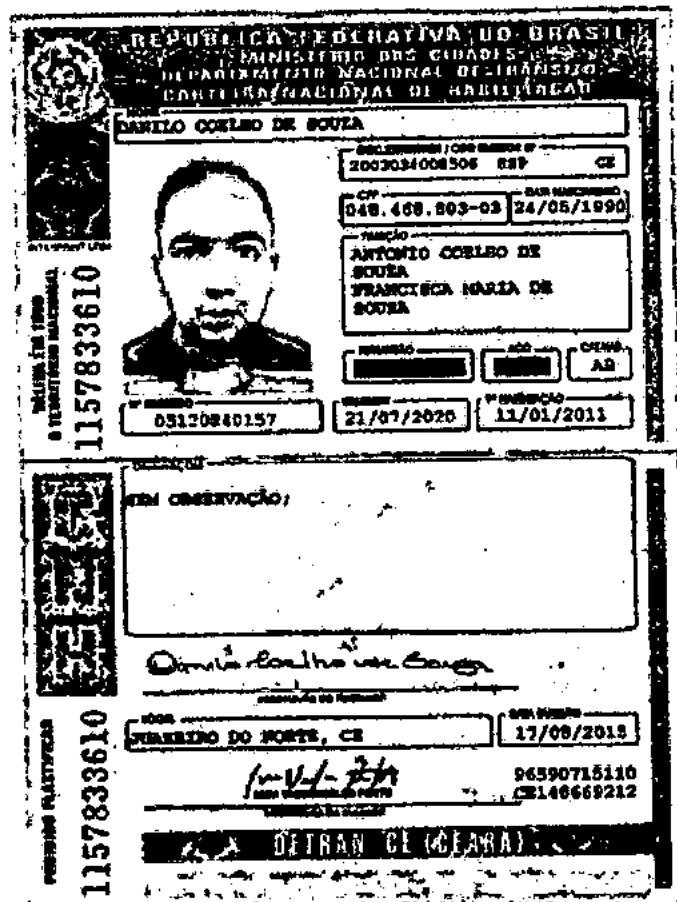
Dr. (a) \_\_\_\_\_

Voltando à consulta traga esta receita

24/02/2018

50.474

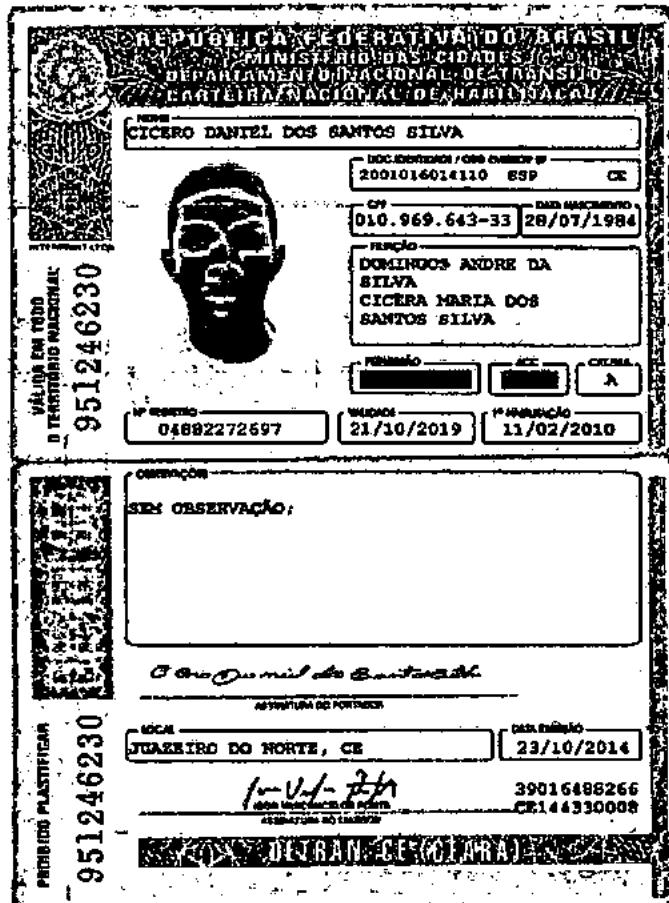
Documentos de identificação



RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Cecília de F. Nobre  
Corretora de Seguros Fireli  
CNPJ:21.487.736/0001-12



Documentos de identificação

RECEBEMOS

26 JAN 2013  
Maria Gecineide F. Niche  
Corretora de Seguros S.A.  
CNPJ 21.467.736/0001-16



Comprovante de residência



Nº DO CLIENTE

2767309-0

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002. Companhia Energética de Ceará Rua Padre Vidalino, 150 CEP 60.355-040 | Fortaleza CE CNPJ 07.047.261/0001-70 | CGF 06.105.848-9

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 500509405

Rota 28 13014 01 119700 - S Data de Emissão 13/11/2017

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505 CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 010969643-33

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Nov/2017	13/11/2017	13/12/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso dessa conta.  
Conjunto **AVULSA DA INTEGRAÇÃO**  
Mês Set/2017 BNU 00,46  
DICI = 0,00 P

ICMS

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

Petrôleo Individual			Apuração Individual			
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
DIC	16,29	29,59	41,19	6,00	8,66	12,00
FC	2,44	14,89	29,79	6,00	1,00	6,00
DMIC	5,42			6,22		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ITB, ICMS, FGTS, ISS, IPI, PIS, COFINS

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lata Atual	Lata Anterior	Consumo (kWh)	Conta. Ind.	Conta. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19984	1877	1.03	297	6,00	0,00	0,00
13/11/17	13/10/17	31 DÍAS				80,04

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
MULTA MORATÓRIA REF 08/2017	80,04
JUROS DO MES	1,03
PLANO ODONTO SYSTEM - 3331-8886	1,21
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 8,37 )	20,72

VENCIMENTO:

13/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

103,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	83,00
Transmissão	2,00
Distribuição	2,00
Encargos Sistelais	0,01
Tributos (IPI, PIS, COFINS)	2,55
Total	86,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/mês)

Companhia auxilia estimativa para consumo de energia elétrica.	Emissor kg (CO <sub>2</sub> )	Compensador kg (CO <sub>2</sub> )	Coletânea Ecológica (kgCO <sub>2</sub> )
89,47	0,00	0	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

VALOR DE TARIFA VENCIMENTO  
Informações a partir de débitos vencidos sem acréscimos legais até essa data, no valor de R\$ 103,81. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Gecilene C. Nóbrega  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.467.736/0001-06



Declaração Circular SUSEP 445



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF 010.969.693-33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DANÍLO COELHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.468.803-03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DANÍLO COELHO DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.468.803-03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M. E. I Renda: 2.193,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECI<sup>BO</sup> DE PAGAMENTO

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		Número	Complemento
<u>ST. LAMBE DOR</u>		<u>1505</u>	
<u>ZONA RURAL</u>	<u>BARBALHA</u>	<u>CEARA</u>	<u>63180-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>(88) 9 9663-3619</u>

BARBALHA/CE, 27 de JANEIRO de 2018  
Local e Data

Alano Daniel dos Santos, 05/01/2018

Assinatura do Declarante

**RECEBEMOS**

16 JAN 2019  
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-07

Declaração do proprietário do:



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Meinelane Fernandes de Melo,

RG nº 2007202202-1, data de expedição 29/09/2008  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 05319566362, com  
domicílio na cidade de Mirante Ulha, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ST 5 da terra, nº 5/nº,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Danilo Caldas de Souza, cujo o condutor era Danilo Caldas de Souza.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

Ano: 2013 - 2013

Placa: 05V 6433

Chassi: 9C2LKDO55ODRJ36682

Data do Acidente: 15.10.2017

Local e Data: Barbalha-CE 27.01.18

Meinelane Fernandes de Melo

Assinatura do Declarante

Danilo Caldas de Souza

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



Reconheço a(s) firma(s) de: DANIL  
COELHO DE SOUZA  
POA AVENIDA URADE

17 JAN 2018

1 Bel. Marcellino Macel Torres - Tabelião  
1 Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta  
1 Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrivente  
1 Francisco Sávio de Lavor - Escrivente  
1 Anaílma Peixoto do Nascimento - Escrivente



Reconheço a(s) firma(s) de: MEIRE  
LANE FERNANDES DE  
MELO POA AVENIDA URADE

18 JAN. 2018

1 Bel. Marcellino Macel Torres - Tabelião  
1 Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta  
1 Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrivente  
1 Francisco Sávio de Lavor - Escrivente  
1 Anaílma Peixoto do Nascimento - Escrivente

26 JAN 2019  
Meiae Genuína de Seguros Ltda  
CNPJ: 21.487.736/0001-96  
Cópia da Declaração de Seguro e N.º de  
Assinatura

REFEREIROS

Documentação médica - hosp

## EVOLUÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO PÁCIENTE/CADASTRO

**Nome:** DANILLO COELHO DE SOUZA **Prontuário:** 23204 **Admissão:** 15/10/2017  
**Data Nasc.:** 24/05/1990 **Idade:** 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:** 2003034008506  
**Mãe:** FRANCISCA MARIA DE SOUSA **Telefone:**  
**Endereço:** SITIO SANTA TERESA **Bairro:** SITIO SANTA TERESA **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
<b>#ORTOPEDIA#</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO SOFRENDO AUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. COM DOR E EDEMA. FCC EM ANTEPÉ E RETROPÉ IPSILATERAL SEM SINAIS DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA. NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE. COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO EVIDÊNCIA FRATURA DO TÁLUS. CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA SUROPODÁLICA + SOLICITO TC DO TORNOZELO ESQUERDO PARA PLANEJAR TRATAMENTO.	ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO	15/10/2017 12:55

Dr. Abel T. Macedo Filho  
 Ortopedista  
 CRM-CE 11224 - CRM-PE 21548

RECEBEMOS  
 26 JAN 2018  
 Maria Gecimilde F. Nobre  
 Controlador de Seguros Estrela  
 NNPJ 214877360001-06



## EVOLUÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO PÁCIENTE/CADASTRO

Nome: DANIL COELHO DE SOUZA	Prontuário: 23204	Admissão: 15/10/2017
Data Nasc.: 24/05/1990	Idade: 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino
Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA	RG: 2003034008506	
Endereço: SITIO SANTA TERESA	Telefone:	
	Bairro: SITIO SANTA TERESA	CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
<p>#ORTOPEDIA#</p> <p>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO SOFRENDO RAUMA EM TORNозELO ESQUERDO. COM DOR E EDEMA. FCC EM ANTEPÉ E RETROPÉ IPSILATERAL SEM SINAIS DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA.</p> <p>NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE. COM EDEMA EM TORNозELO ESQUERDO.</p> <p>RADIOGRAFIA DE TORNозELO ESQUERDO EVIDÊNCIA FRATURA DO TÁLUS.</p> <p>CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA SUROPODÁLICA + SOLICITO TC DO TORNозELO ESQUERDO PARA PLANEJAR TRATAMENTO.</p> <p>TC DE TORNозELO ESQUERDO: FRATURA COMINUTIVA DO COLO DO TÁLUS SEM LUXAÇÃO SUBTALAR.</p> <p>CD : ANALGESIA + MANTER MIE ELEVADO + ORIENTAÇÕES GERAIS + OBSERVAÇÃO 12 H.</p>	ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO	15/10/2017 12:55

Dr. Abel T. Macedo Filho  
Ortopedista  
CRM-CE 11224 - CRM-PE 21540

RECEBEMOS  
26 JAN 2019  
Maria Gecinete F. Nogueira  
Corretora de Seguros Erra  
CNPJ:21.487.736/0001-06



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: DANILLO COELHO DE SOUZA

Prontuário: 23204

Data de Nasc: 24/05/1990

Idade: 27 ano(s) 4 mes(es) e 24 dia(s)

Endereço: SITIO SANTA TERESA

CEP: 63030-390

Bairro: SITIO SANTA TERESA

Cidade: MISSAO VELHA

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

**Resumo Clínico:**

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

**Exames Realizados:**

OS NECESSÁRIOS.

**Terapêutica Utilizada:**

CIRÚRGICA.

**Hipótese Diagnóstico**

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

**Hospital de Referência:**

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA.

**Observações**

**Perfil:**

ADULTO TRAUMA

Dr. André Luis Sant'Anna  
Ortopedista e Traumatólogo  
CRM-CE 9492 - TEOT 9324  
Membro SBOI-SBTO

RECEBEMOS

26 JAN 2018  
Maria Gecinete F. Alcântara  
Corretora de Seguros Empresarial  
CNPJ 21.487.736/0001-06



**Médico:**

ANDRE LUIS SANTANNA 9492CRM

17/10/2017 11:37



NOME: DANILo COELHO DE SOUZA  
DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990  
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ  
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA  
DATA DO EXAME: 15.10.2017  
DATA DO LAUDO: 15.10.2017  
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUARIO: 23204

ENFERMARIA/LEITO: Espera.01  
HORA DO EXAME: -  
HORA DO LAUDO: 05:00

### RELATÓRIO DE URGÊNCIA

#### TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

#### INDICAÇÃO:

TCE.

#### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontal esquerda.
- Imagem nodular cálifica medindo 0.2 cm em pedúnculo cerebelar esquerdo sem edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral sem alterações. Cerebelo de morfologia e dimensões normais.
- Seios paranasais bem aerados.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Hematoma subgaleal frontal esquerdo, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Calcificação puntiforme cerebelar esquerda de aspecto residual.

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Gecilene de F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.493.339/0001-06

CNPJ 21.493.339/0001-06  
Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
Médico Radiologista CRM-CE 13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB





NOME: DANIL COELHO DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 23204

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

SOLICITANTE: Dr. ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO

SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA

ENFERMARIA/LEITO: REANIMAÇÃO.01

DATA DO EXAME: 15.10.2017

HORA DO EXAME: 13:52

DATA DO LAUDO: 15.10.2017

HORA DO LAUDO: 14:46

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

### RELATÓRIO DE URGÊNCIA

#### Técnica:

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

#### Indicação:

- Trauma.

#### Análise:

- Fratura cominutiva em colo do tálus, sem deslocamento talar em relação a articulação subtalar associada a múltiplos fragmentos ósseos intra-articulares tibiotalar e subtalares.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas e espaços articulares conservados.
- Pequena quantidade de líquido intra-articular tibiotalar e subtalar.
- Aumento de volume e densificação de partes moles regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

#### Impressão Diagnóstica:

1. Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar.
2. Fragmentos ósseos livres intra-articulares tibiotalares e subtalares.
3. Pequeno derrame articular.
4. Infiltração edematosas difusa peri-articular.

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
Médico Radiologista CRM-CE 13064  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DANILLO COELHO DE SOUZA Admissão: 15/10/2017 03:44  
Pront.: 23204 Data Nasc.: 24/05/1990 Idade: 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s) Tel.:  
Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA  
Sexo: Masculino RG: 2003034008506 Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP 63030-390 Bairro: SITIO SANTA TERESA  
Endereço: SITIO SANTA TERESA

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA Horário 15/10/2017 03:49  
Queixa: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO CONSCIENTE ORIENTADO E NÃO FAZIA USO DO CAPACETE  
Síntoma: TRAUMA MAIOR  
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 394820 Horário 15/10/2017 03:54  
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
Eixo: REANIMACAO  
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA  
Comorbidade:  
HDA/Exame Físico:  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE DOR INTENSA COM SINAIS DE FRATURA NO MIE E FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO. ESTÁ CONSCIENTE MAS HÁ RELATO DE PERDA DA CONSCIECIA NO MOMENTO DO ACIDENTE.

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX Perna e AP/P (0204060168)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX PE e AP/OBLIQ (0204060150)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente

RECEBIMOS

26 JAN 2013  
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



**PRESCRIGO**

Medico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 15/10/17 04:01

Prescrito: SINAS VITAI SINAS VITAI

HIDROCOR TIZONA 500MG+A.D. 10ML EV DE 8/8 HORAS 2

TRAMAL 01AMP+S.F. 100ML EV SE DOR FORTÉ

CETOPROFENO 01AMP+A.D. 10ML EV DE 12/12 HORAS

S.F. 250ML EV 35 GOTAS/MIN

DIETA ZERO

 Alta. Conduta  Observação  Referencia para:  Objeto**ENCAMINHAMENTO - CONDUITA FINAL**

<input type="checkbox"/> Alta. Conduta	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Referencia para:	<input type="checkbox"/> Objeto
--	-------------------------------------	---	---------------------------------

CNPJ/21.497.000/0001-06

Corretores de sangue e testes de urina

Maior uso de urina

CETOPROFENO 01AMP+A.D. 10ML EV DE 12/12 HORAS

TRAMAL 01AMP+S.F. 100ML EV SE DOR FORTÉ

S.F. 250ML EV 35 GOTAS/MIN

DIETA ZERO

NOME: DANIL COELHO DE SOUZA  
DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

PRONTUARIO: 23204

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ  
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA  
DATA DO EXAME: 15.10.2017  
DATA DO LAUDO: 15.10.2017  
EXAME: ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL FOCADA NO TRAUMA-FAST

ENFERMARIA/LEITO: Espera.01

### RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo, com 3,5 a 5,0 MHz, realizando-se seis cortes padrão, descritos abaixo:

**Corte longitudinal do QSD:** Lobo direito hepático íntegro, rim direito de contornos regulares e padrão corticomedular preservado, espaço de Morrison sem líquido livre.

**Corte longitudinal do QSE:** Baço de contornos regulares e ecotextura característica; rim esquerdo preservado. Ausência de líquido livre no espaço esplenorenal.

**Corte transversal sub-xifóide:** Lobo hepático esquerdo de contornos regulares sem alterações texturais, região pericárdica de aspecto ecográfico normal, não se visibilizando derrame.

**Corte transversal suprapúbico:** Bexiga plena e de conteúdo anecoico homogêneo, não sendo observado fluido livre no recesso retrovesical.

**Corte longitudinal da base torácica direita:** Ausência de derrame pleural, observando-se deslizamento entre as superfícies parietal e visceral da pleura com presença de artefato em cauda de cometa (linhas B).

**Corte longitudinal da base torácica esquerda:** Achados ecográficos semelhantes aos da base contralateral.

Achados adicionais:

- Leve esteatose hepática difusa.
- Colelitíase.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NAS CAVIDADES TORÁCICA E ABDOMINAL.

**RECEBEMOS**

26 JAN 2017

*(Assinatura)*  
Dr. José Célio Couto Vasconcelos, Nobre  
de Júrios Eireli  
CRM-CE 13064  
Médico Radiologista CRM-CE 13064  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



**NOME: DANILÓ COELHO DE SOUZA**
**PRONTUÁRIO:23204**
**DATA DE NASCIMENTO:24/05/1990**
**SOLICITANTE:Dr. ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO**
**ENFERMARIA/LEITO:REANIMAÇÃO.01**
**SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA**
**HORA DO EXAME:13:52**
**DATA DO EXAME: 15.10.2017**
**HORA DO LAUDO:14:46**
**DATA DO LAUDO: 15.10.2017**
**EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO**

### RELATÓRIO DE URGÊNCIA

**Técnica:**

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

**Indicação:**

- Trauma.

**Análise:**

- Fratura cominutiva em colo do tálus, sem deslocamento talar em relação a articulação subtalar associada a múltiplos fragmentos ósseos intra-articulares tibiotalar e subtalares.
- Demais estruturas ósseas regionais integras. Textura óssea normal.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas e espaços articulares conservados.
- Pequena quantidade de líquido intra-articular tibiotalar e subtalar.
- Aumento de volume e densificação de partes moles regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

**Impressão Diagnóstica:**

1. Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar.
2. Fragmentos ósseos livres intra-articulares tibiotalares e subtalares.
3. Pequeno derrame articular.
4. Infiltração edematosas difusa peri-articular.


**RECEBEMOS**

26 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ.21.487.736/0001-57

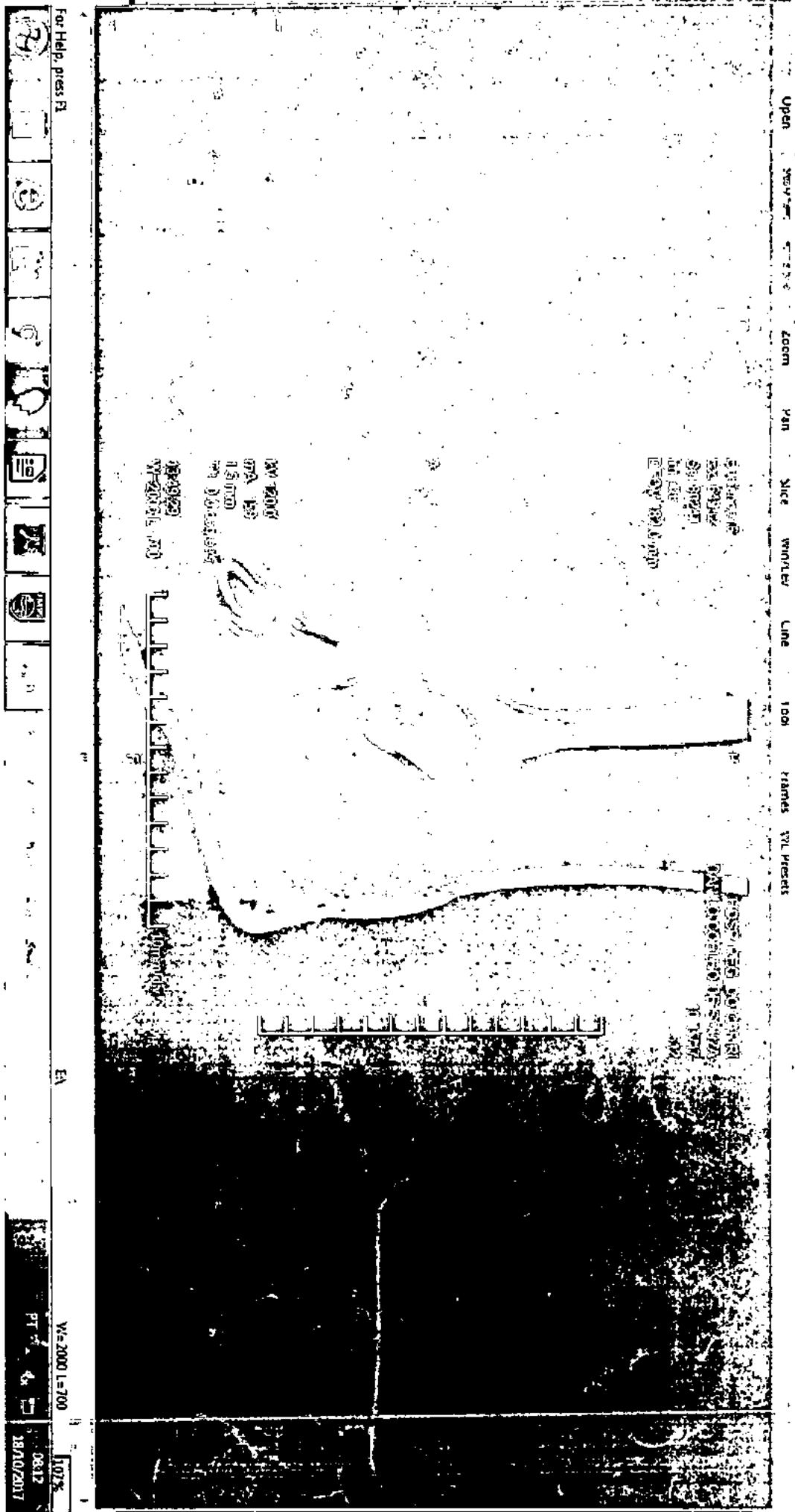


Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
Médico Radiologista CRM-CE 13064  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

**RECEBEMOS**  
JAN 2013

26 JAN 2019  
Maria Gecineide F. Nobre  
Correia de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

For Help, press F1



**RELATÓRIO MÉDICO**

**Nome:** DANILo COELHO DE SOUZA

**Prontuário:** 23204

**Data de Nasc:** 24/05/1990

**Idade:** 27 ano(s) 4 mes(es) e 27 dia(s)

**Endereço:** SITIO SANTA TERESA

**CEP:** 63030-390

**Bairro:** SITIO SANTA TERESA

**Cidade:** MISSAO VELHA

**UF:** CEARÁ

**Sexo:** Masculino

**Resumo Clínico:**

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

**Exames Realizados:**

OS NECESSÁRIOS.

**Terapêutica Utilizada:**

CIRÚRGICA.

**Hipótese Diagnóstico**

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

**Hospital de Referência:**

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA.

**Observações**

**Perfil:**

ADULTO TRAUMA

Francisco Bruno Celião  
Ortopedista / Traumatólogo  
CRM/CE 16.420 - CRM/C 1044  
11/07/2012

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Gecinete r. Niture  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-04

**Médico:**

ANDRE LUIS SANTANNA 9492CRM

17/10/2017 11:37

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

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

NOME: DANILLO COELHO DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 23204

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

ENFERMARIA/LEITO: Espera.01

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

HORA DO EXAME: -

DATA DO EXAME: 15.10.2017

HORA DO LAUDO: 05:00

DATA DO LAUDO: 15.10.2017

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### RELATÓRIO DE URGÊNCIA

#### TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

#### INDICAÇÃO:

TCE.

#### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontal esquerda.
- Imagem nodular cárnea medindo 0.2 cm em pedúnculo cerebelar esquerdo sem edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral sem alterações. Cerebelo de morfologia e dimensões normais.
- Seios paranasais bem aerados.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Hematoma subgaleal frontal esquerdo, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Calcificação puntiforme cerebelar esquerda de aspecto residual.

RECEBEMOS

26 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



  
 Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
 Médico Radiologista CRM-CE 13064  
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

ISGH

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

*Yanilson Góes*

FOI ATENDIDO(A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO POR **99** DIA(S)

DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS,

*15/10/14*

CID:

*592*

JUAZEIRO DO NORTE (CE),

DE

DE

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

JUAZEIRO DO NORTE | Av. John Souto, 1505 - Bairro: B. J. N. Centro | CEP: 62.030-040 | CNPJ: 02.258.526.0007-66

RECEBEMOS

26 JAN 2019  
Maria Gecineide F. Albre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

NOME: DANIL COELHO DE SOUZA PRONTUARIO: 23204  
DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990  
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ  
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA ENFERMARIA/LEITO: Espera.01  
DATA DO EXAME: 15.10.2017  
DATA DO LAUDO: 15.10.2017  
EXAME: ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL FOCADA NO TRAUMA-FAST

### RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo, com 3,5 a 5,0 MHz, realizando-se seis cortes padrão, descritos abaixo:

**Corte longitudinal do QSD:** Lobo direito hepático íntegro, rim direito de contornos regulares e padrão corticomedular preservado, espaço de Morrison sem líquido livre.

**Corte longitudinal do QSE:** Baço de contornos regulares e ecotextura característica; rim esquerdo preservado. Ausência de líquido livre no espaço esplenorenal.

**Corte transversal sub-xifóide:** Lobo hepático esquerdo de contornos regulares sem alterações texturais, região pericárdica de aspecto ecográfico normal, não se visibilizando derrame.

**Corte transversal suprapúbico:** Bexiga plena e de conteúdo anecoico homogêneo, não sendo observado fluido livre no recesso retrovesical.

**Corte longitudinal da base torácica direita:** Ausência de derrame pleural, observando-se deslizamento entre as superfícies parietal e visceral da pleura com presença de artefato em cauda de cometa (linhas B).

**Corte longitudinal da base torácica esquerda:** Achados ecográficos semelhantes aos da base contralateral.

Achados adicionais:

- Leve esteatose hepática difusa.
- Colelitíase.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NAS CAVIDADES TORÁCICA E ABDOMINAL.



**RECEBEMOS**

26 JAN 2013  
Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
Médico-Radiologista - CRM-CE-13064  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB  
Maria Geovanna F. Nobre  
Correia de Seguros Eireli  
151467736/0001-06

Dr. José Célio Couto Vasconcelos  
Médico-Radiologista - CRM-CE-13064  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**  
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: \_\_\_\_\_  
Nº doc. \_\_\_\_\_

Antônio Vieira

Após seu ato  
nunca mais  
Danilo Vieira da Souza  
foi submetido a  
tratamento de tabaco (E),  
em 23/11/2017, para  
foi orientado a seguir  
as regras elaboradas  
até dia 20/12/2017  
por Sociedade das  
est. 5922.

Dr. Rainiero Scelina  
DRAULOGIA  
ESPECIALISTAS FISIOTERAPÊUTICAS  
Dr. (a) R.

4-01-2018

Voltando à consulta traga esta receita

50.474

RECEBEMOS

26 JAN 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.730/0001-06



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3186201  
76674 - DANIL COELHO DE SOUZA  
Paciente.....:  
Solicitante....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS  
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO  
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 802135  
Idade.....: 27a 7m 14d

Atendido.: 05/01/2018  
Laudado.: 05/01/2018

### TORNOZELO ESQUERDO

- Exame para controle cirúrgico.

**RECEBEMOS**

26 JAN 2013  
Maria Gecneide F. Nóbrega  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA  
CRM 10682

Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **DANILO COELHO DE SOUZA**, portador do RG 2003034008506 inscrito no CPF 048.468.803-03, no dia 15/10/2017, às 2h58, no município de Juazeiro do Norte/CE, na rua Professora Maria Nilde Couto Bem, no bairro Triângulo, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhado para o Hospital Regional do Cariri - HRC. E para constar eu,

Ana Cristina Medeiros Silva, Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 20 de Novembro de 2017

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marco Antônio Bezerra Rulim  
\* Direção Médica Adm.  
192 Ceará - Juazeiro do Norte

Cópia para: Maria Gecimede F. Nóbrega  
Cópia para: Corretora de Seguros Erieli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

26 JAN 2018

**RECEBEU/MOS**

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

**Nome:** DANILLO COELHO DE SOUZA **Admissão:** 15/10/2017 03:44  
**Pront.:** 23204 **Data Nasc.:** 24/05/1990 **Idade:** 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s) **Tel.:**  
**Mãe:** FRANCISCA MARIA DE SOUSA  
**Sexo:** Masculino **RG:** 2003034008506 **Município:** JUAZEIRO DO NORTE  
**CEP:** 63030-390 **Bairro:** SITIO SANTA TERESA  
**Endereço:** SITIO SANTA TERESA

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**Risco:** LARANJA **Classificador:** EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA **Horário:** 15/10/2017 03:49  
**Queixa:** PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO CONSCIENTE ORIENTADO E NÃO FAZIA USO DO CAPACETE  
**Sintoma:** TRAUMA MAIOR  
**Discriminador:** MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

### ATENDIMENTO MÉDICO

**Médico:** FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ **CRM:** 6 **Nº:** 394820 **Horário:** 15/10/2017 03:54  
**Acidente:** Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**  
**Eixo:** REANIMACAO  
**Hipótese Diagnóstica:** TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA  
**Comorbidade:**  
**HDA/Exame Físico:**  
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE DOR INTENSA COM SINAIS DE FRATURA NO MIE E FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO. ESTÁ CONSCIENTE MAS HÁ RELATO DE PERDA DA CONSCINECIA NO MOMENTO DO ACIDENTE.

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX Perna e AP/P (0204060168)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX PE e AP/OBLIQ (0204060150)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente

Maria Gecimide F. Nogueira  
 Corretora de Seguros Eppeli  
 CNPJ:21.487.736/0001-06

26 JAN 2018



RECEBIMENTOS

26 JAN 2011  
SOMOS  
Médica de Seguros Eliell  
Médica de Seguros Eliell  
21.481.736/0001-06

CRM: 4366 CRMEC: 4366 CRMEC-P-7612  
Obstetrícia - Ultrassonografia  
Ginecologia - Cirurgia  
DC. Fernanda da Luz

Alta, Conduita  Observação  Referência para:  Objetivo

## ENCAMINHAMENTO - CONDUITA FINAL

Prescrição:	SINAIS VITIAIS	Hora(s):
	HIDROCORTEZONA 500MG+AD, 10ML EV DE 8/8 HORAS	04 14 20
	TRAMAL 01AMP+S.F. 10ML EV SE DOR FORTÉ	04 11
	CETOPROFENO 01AMP+AD, 10ML EV DE 12/12 HORAS	04 16
	S.F. 250ML EV 35 GOTAS/MIN	04 38 48 59
	DIETA ZERO	

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 15/10/17 04:01

PRESCRÍCIAO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANILLO COELHO DE SOUTA

RG nº 200.3034008806 data de expedição 17/08/15, Órgão SSPCE,

CPF nº 048.968.803-03, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. STA. TEREZA</u>
Número	<u>25</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MISSÃO VELHA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63200000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)9.9663-3619. 9248-3095</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE- 22-01-18

Assinatura do Declarante: Danilo Coelho de Souza

CNPJ 21.487.736/0001-06  
Correios de Seguros Eireli  
Maria Genoveze F. Nobre

26 JAN 2013  
RECEBIMENTOS



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **DANILO COELHO DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST SANTA TEREZA nº 25 - ZONA RURAL - MISSAO VELHA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003034008506 - SSP**

Data e local do acidente: **15/10/2017 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Data e local do exame: **14/02/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar esquerdo**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**tratamento cirúrgico em 23.11.2017 evoluindo com edema e dor pós cirúrgico realizando fisioterapia com data de alta final de janeiro de 2018**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**evoluiu com edema e limitação leve da flexo extensão do tornozelo esquerdo**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM  NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**deficit funcional leve do tornozelo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA CRM:10674/CE**

Dr. Victor Hugo Bezerra Pedrosa  
Médico do Trabalho - CRM-CE: 10674  
Titular Especialista em Medicina do Trabalho CRM-CE: 10674  
CRM/CE 3601-B/CE, CRM/CE 35704

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180058980**

Nome do(a) Examinado(a): **DANILO COELHO DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST SANTA TEREZA nº 25 - ZONA RURAL - MISSAO VELHA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003034008506 - SSP**

Data e local do acidente: **15/10/2017 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Data e local do exame: **23/03/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM  NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

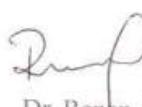
Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE**

  
Dr. Renan Almeida  
Médico  
CREMEC 12076

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

## Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## 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 entre 16 e 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

Nome completo da vítima

048.468.803-03

DANÍLO COELHO DE SOUZA

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	DANÍLO COELHO DE SOUZA	CPF titular da conta	048.468.803-03	Profissão	TEC-ENFERMAGEM
Endereço	ST STA TEREZA	Número	25	Complemento	ZONA RURAL
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	MISSÃO VELHA	Estado	CEARA
Email		CEP	63900000	Telefone (DDD)	(88)99663-3619

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  DV  CONTA NRO.  DV  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
 Nome  NRO.   
 BANCO BRADESCO  237  
 AGENCIA NRO.  DV CONTA NRO.  DV  
 0692 0 000.1261 3  
 (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.

BARBALHA/CE, 20 de JANEIRO

Local e Data

26 JAN 2013  
 Natura Gencineide F. Nro 60001-06  
 Circular de Seguros Elet  
 CNPJ 21.487.736/0001-06

Danilo Coelho de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBEMOS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBE NOS  
26 JAN 2013  
Maria Gecilide F. Nobile  
Correia de Seguros Ltda  
CNPJ 21.487.360.001-06

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 730 / 2018

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 17/01/2018 09:51:07

Data / Hora da Ocorrência: 15/10/2017 01:58:00

Endereço da Ocorrência: RUA PROF MARIA NILDE COUTO BEM

Complemento:

Bairro: TRIANGULO Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

Ponto de Referência: ENTRE O SHOPPING E O POLIESPORTIVO

## Notificador(s)

Nome: DANIL COELHO DE SOUZA

Nascimento: 24/05/1990 CPF:

RG: 2003034008506 Órgão Emissor: SSP

UF:

Filiação: FRANCISCA MARIA DE SOUZA  
ANTONIO COELHO DE SOUZA

Endereço: SITIO SANTA TEREZA, 25

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Município: MISSAO VELHA/CE

País: BRASIL

Telefone: (88) 98841-6723

## Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSV6411 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C2KD0550DR116682 Renavam: 525484701 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: MEIRELANE FERNANDES DE MELO  
Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

## Histórico

Advertido (a) des penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, na data, hora e local, acima informados, trafegava pilotando o veículo acima qualificado. Ocorre que, um gato cruzou a via, e ao tentar desviar acabou atingindo uma árvore; QUE em virtude do sinistro o notificador DANIL COELHO DE SOUZA sofreu lesões conforme ficha de atendimento anexa, cujo exame físico diz: "PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE DOR INTENSA COM SINAIS DE FRATURA NO MIE E FERIMENTOS NO PÉ ESQUERDO"; QUE o notificador foi levado pelo SAMU foi para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI e depois foi encaminhado para o HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO onde foi submetido a sutura, conforme atestado médico anexo; QUE na sua garupa estava um colega, mas que não lembra seu nome, sabendo apenas que ele sofreu escoriações; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado (a) que precise pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA CHN DO CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDENCIA.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

VERMELHO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
FLS  
DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 730 / 2018 (Francisca Suerda Bezerra Ulysses)

CRLV DO VEÍCULO, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DO DIA 15/01/2017 PRONT.23204, FICHA DE EVOLUÇÃO DO HRC DO DIA 15/10/2017, RELATÓRIO MÉDICO DO HRC DO DIA 17/10/2017, ATESTADO MÉDICO DO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULA DO DIA 04/01/2018 EMITIDO PELO DR RAINERIO SOEIJIMA; Nada mais disse,/////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 132 132004

IVANEIDA BARRETO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Suerda Bezerra Ulysses

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCA SUERDA BEZERRA ULYSSES - MAT.: 188424-1-X

Maia Geciniede F. Ncbré  
Corregedora de Serviços Elétricos  
CNPJ:21.467.738/0001-06

26 JAN 2019

RECEBEMOS

## Declaração de Inexistência de



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 interditada 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

DANILO COELHO DE SOUZA

CPF da Vítima

048.468.803-03

Data do Acidente

15-10-2017

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(88)9.9663-3619

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.

Maria Cecília de F. Nogueira  
Correia da Seguros E-mail:  
CNPJ:21.487.736/0001-06

Barbalha-CE, 22 de Janeiro

de 2018

Local e Data

29 JAN 2018

Danilo Coelho de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ICCEBENOS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** DANILLO COELHO DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180058980

**Vitima:** DANILLO COELHO DE SOUZA

**Data do Acidente:** 15/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180058980**.

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, 07 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** DANILO COELHO DE SOUZA

**Sinistro:** 3180058980

**Vítima:** DANILO COELHO DE SOUZA

**Data do Acidente:** 15/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180058980** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12403700

A/C: DANILO COELHO DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180058980  
**Vitima:** DANILO COELHO DE SOUZA  
**Data do Acidente:** 15/10/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: DANILO COELHO DE SOUZA**

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

**Banco: 237**

**Agência: 000000692-0**

**Conta: 000007261-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>843,75</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** DANILO COELHO DE SOUZA

**Sinistro:** 3180058980

**Vítima:** DANILO COELHO DE SOUZA

**Data do Acidente:** 15/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180058980** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

00060554

Carta nº 12529028

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

**Aos Cuidados de: DANILLO COELHO DE SOUZA**

**Nº Sinistro: 3180058980**

**Vitima: DANILLO COELHO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 15/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180058980**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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**

