



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 090.221.01304 Nome completo da vítima: Ronaldo Paul Gomes Machado

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

Nome completo: Ronaldo Paul Gomes Machado Número: 51V Complemento: \_\_\_\_\_

Profissão: Técnico Engenheiro Endereço: Localidade Cachoeira Estado: Ceará CEP: 62.203-000

Bairro: Zona Rural Cidade: Nova Russas Telefone: 88/99459-8121

E-mail: \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: Banco do Brasil

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 34095 CONTA: 34513

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Crato Ceará 26/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria Jovina Gomes Carruso

Assinatura do Proprietário (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 090 221 013-04 Nome completo da vítima: Ronaldo Raul Gomes Madureira

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

Nome completo: Ronaldo Raul Gomes Madureira CPF: 090.221.013-04

Profissão: Recuso informar Endereço: Localidade Cachoeiro Número: SV Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Zona rural Cidade: Nova Russas Estado: Ceará CEP: 62203-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (35) 99459-8123

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1409 5 CONTA: 34511 3

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Brasília 26/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Larissa Gomes Carneiro

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

22 JAN 2019

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
COMARCA DE NOVA RUSSAS  
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA  
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**




**Francisco da Silva Fernandes**  
Oficial do Registro Civil

**CARTÓRIO FERNANDES**  
**1º OFÍCIO**  
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA  
COMARCA DE NOVA RUSSAS-CE  
CNPJ: 01.415.443/0001-06  
**FRANCISCO DA SILVA FERNANDES**  
OFICIAL, TITULAR

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 2.236**

CERTIFICO que às **fls.41-V**, do Livro **N.ºA-07**, de Registro de Nascimentos, foi lavrado aos 30 de março de 2009, o assento de, **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**, nascido aos vinte e nove(29)de março de dois mil e nove (2009), às 4:00 horas e 15 minutos, em Nova Russas Ceará, do sexo: masculino. Filho de: **Francisco de Souza Madureiro e de Maria Jamires Gomes Carneiro**. Sendo avós paternos: Expedito Madureiro Lourenço e Antonia de Souza Madureiro e maternos: Rita Neziana Gomes Carneiro. Foi declarante o pai do registrado. Serviram de testemunhas, Antonio Gabriel Gomes Carneiro e Maria Neuda Alexandrino Silva. Observação: Nenhuma. O referido é verdade e dou fé. //

Nova Betânia (Ce), 30 de março de 2009.

  
**Francisco da Silva Fernandes**  
Oficial do Registro Civil





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DO CEARÁ**  
**COMARCA DE NOVA RUSSAS**  
**DISTRITO DE NOVA BETÂNIA**  
**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**



**Francisco da Silva Fernandes**  
Oficial do Registro Civil

**CARTÓRIO FERNANDES**  
**1º OFÍCIO**

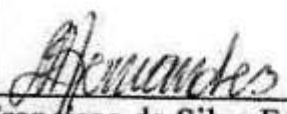
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA  
COMARCA DE NOVA RUSSAS-CE  
CNPJ: 01.415.443/0001-06

**FRANCISCO DA SILVA FERNANDES**  
OFICIAL TITULAR

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 2.236**

CERTIFICO que às fls.41-V, do Livro N.ºA-07, de Registro de Nascimentos, foi lavrado aos 30 de março de 2009, o assento de, **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**, nascido aos vinte e nove(29)de março de dois mil e nove (2009), às 4:00 horas e 15 minutos, em Nova Russas Ceará, do sexo: masculino. Filho de: **Francisco de Souza Madureiro e de Maria Jamires Gomes Carneiro**. Sendo avós paternos: Expedito Madureiro Lourenço e Antonia de Souza Madureiro e maternos: Rita Neziana Gomes Carneiro. Foi declarante o pai do registrado. Serviram de testemunhas, Antonio Gabriel Gomes Carneiro e Maria Neuda Alexandrino Silva. Observação: Nenhuma. O referido é verdade e dou fé. //

Nova Betânia (Ce), 30 de março de 2009.

  
**Francisco da Silva Fernandes**  
Oficial do Registro Civil



Res: ?



PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

Estado do Ceará - Secretaria de Saúde

17.28

MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO

SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

CNS: 700906985493897 RG: \_\_\_\_\_ Data: 26/02/18

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Ronald Paul Gomes Madureira  
Est. Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M Data do Nasc.: 29/03/2009 Idade: 8  
Naturalidade: Nova Russas Prof.: Estudante  
Procedência: Acidente de Trânsito  
Residência: Bohemia  
Filiação: Francisco da Souza Madureira  
Conjuge: Maria Fátima Gomes Carneiro  
2. QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente vítima de acidente de trânsito (queda de moto)  
envolvido com dor e edema em tornozelos esquerda / esquerda (E)  
# HD: Fratura torçã (E) / esquerda (E)

4. PESO: 21 KG: \_\_\_\_\_ 5. P.A.: \_\_\_\_\_ 6. TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

7. EXAMES SOLICITADO: \_\_\_\_\_

Maria Fátima Gomes Carneiro  
Ass: do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

BRASIL - SECRETARIA DE SAÚDE - (0800) 13131-4777







PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

Estado do Ceará - Secretaria de Saúde  
**MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO**  
SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

CNS.: 700906985493897 RG:

Tel. 92909291 Nº Data: 26/02/18

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: Ronaldo Saul Gomes Madureira

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M Data do Nasç. 29/03/2009 Idade: 8

Naturalidade: Nova Russas - Ce Prof.: Estudante

Procedência: Acidente de Trânsito

Residência: Pachecoira

Filiação: Francisco de Souza Madureira

Conjuge: Maria Jamires Gomes Carneiro

**2. QUEIXA PRINCIPAL:**

**3. HISTÓRIA ATUAL:** Paciente vítima de acidente de trânsito (queda de moto)  
evoluindo com dor e edema em tornozelos esquerdo / calcâneo (E)

# H/O: Fx do tornozelo (E) / calcâneo (E)

4. PESO: 21 KG:

5. - P.A.:

6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

Maria Jamires Gomes Carneiro  
Ass. do Paciente ou Responsável

[Assinatura]  
Assinatura do Médico

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
REC. 14 SET 2018

CÓPIA



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000000034511-3

---

Nr. da Autenticação F3BB7442A1031AC7





**CONTA D'ÁGUA**

inscrição  
**0010463.4**

CLS	CAT	TAR	ECO	INCLUSÃO EM	
PAR	100	R-1	001	01/05/10	NP/CONT

POST-GLACIAL

## References

08/03/2018

MEB/FAT

FEV/2018

MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO  
LOCALIDADE DE CACHOEIRA,  
ZONA RURAL  
NOVA RUSSAS

Соп: 62-200-000  
СЭРА

LOCALIZACAO  
00.04.10.0000000460

LOCALCARE

## HYDROMETRIA

HIDROMETRIA	
HIDROMETRO	DATA DA INSTALAÇÃO
AD800127859	24/08/2017
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA
00149	16/01/2018
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA
00152	13/02/2018
CONSUMO	QMS DE CONSUMO
00002	028
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA
008	003

CO<sub>2</sub>

SERVIÇOS E TARIFAS	
DESCRIÇÃO	

COI AGIT

016 Multa por Atraso - 12/2017  
017 Encargos (12/2017) 16 dias

CT

15. 98

0.34

0.16

OLYMPIOS CONSUMERS

ULTIMOS CONSUMOS					
MES	FAT	CONSUMO	MES	FAT	CONSUMO
FEV/18	00002	000	JAN/18	00003	000
DEZ/17	00002	000	NOV/17	00005	000
OUT/17	00004	000	SET/17	00001	000
MEDM	00002				

**PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA**  
Portaria S1B de 28/03/2004 - Valores máximos permitidos

AGUA DISTRIBUIDA  
25/03/2004 - Valores máximos permitidos  
CX.D'AGUA NV.BETANIA

	Car	pt	Clara	Turbidez	Fluor	Col. Tr
15.04	2.0 a 5.0	até 5.0	até 5.0	até 1.5 mg/l		

AGENS

**MENSAGENS**

2º Via da Con:ca Mensal

DATA	ENCARGOS DIARIOS	MESSES EM DÉBITO
24 0,33	0,03%	0,01
VENCIMENTO		
JAN/2018		

**VENCIMENTO**

09/03/2018

**VALOR R\$**

16,46

**SAE** **SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS**  
Rua General Sampaio, 1162 - Centro - Cep: 62.200-000  
Nova Russas - CE - Fone (88) 3672.1212

INSCRIÇÃO 0020463.4  
LOCALIDADE DE CAPTURA NOVA RUSSAS - CE

**VENCIMENTO**

09/03/2018

**VALOR R\$**

FEV/2018

LOCALIZAÇÃO:  
00.04.10.000000046

0010453.02.18.180016808  
16460264001.7 04630218120.8 01680800002

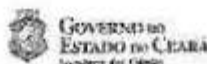


AUTENTICAÇÃO NO VERSO

SABEMI SEGURODORA S/A

11 JUL 2018

RECEIVED



2º Via

0027575748

## DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA

End. Limite: RU DOR MOURA FE, 937, SAO VICENTE

Cidade: CRATEUS

CPF: 03.700-000

End. Bairro:

Cidade:

CPF:

Local: 029

Setor: 011

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volume (m³):

Mês de Medição (m³):

AGUA

A07F336860

258

278

20

19

## DATAS

Leitura Anterior: 13/07/2018

Leitura Atual: 24/08/2018

Leitura Anterior:

Leitura Anterior: 13/06/2018

Leitura Atual: 13/08/2018

Leitura Anterior:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA SUSPENSÃO A:

Nº de Amostras:

Classe:

Turbidez:

Cor:

Condições Totais:

Exatidão Coef:

Turbidez:

Classe:

Turbidez:

Cor:

Condições Totais:

Exatidão Coef:

Turbidez:

Classe:

Turbidez:

Cor:

Condições Totais:

Exatidão Coef:

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constamos debito de R\$ 123,36. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	81,75	Mês/Ano
ESGOTO	88,55	JUL/2017
MULTA DE 2%	2,43	AGO/2017
JUROS DE 0,033% AO DIA	2,15	SET/2017
EMISSÃO 2A VIA FATURA	1,00	OUT/2017
ATENDIMENTO(S): [130411522]		NOV/2017
		DEZ/2017
		JAN/2018
		FEV/2018
		MAR/2018
		ABR/2018
		MAY/2018
		JUN/2018

VALORES SOBRE O FATURAMENTO	SUBSIDIO
Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,49
COFINS	7,45
VALOR DO SERVIÇO	155,88
VALOR DO SUBSIDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	155,88

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2018	03/08/2018	155,88

É obrigação do usuário manter sua conta atualizada junto à Cagece, conforme exigências das Agências Reguladoras.

Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Crateus - CE

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Crateus - CE

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Crateus - CE

Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Crateus - CE

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Crateus - CE

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Crateus - CE

Cagece

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Fatura Mensal

DADOS DO CLIENTE	Código de Faturamento	Mês/Ano
Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA	0027575748	07/2018
Local: 029	Setor: 011	Quadra: 0048
	Subsetor:	Lote: 0260
		Comp: 0000
Cidade: CRATEUS	Vencimento: 03/08/2018	Total (R\$): 155,88

82670000001-9 55880009700-5 02757574801-0 00076131025-9

EMISSÃO: UN - GEREN-LJ CRATEUS-CENTRO 24/08/2018 11:23:40

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

REC. 14 SET 2018

**SAAE** SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS  
Rua General Sampaio, 1162 - Centro - Cep: 62.200-000  
Nova Russas - CE - Fone (88) 3672.1212

# CONTA D'ÁGUA

INSCRIÇÃO  
**0010463.4**

CLS CAT TAR EGO INCLUSÃO EM NF/CONTA  
PAR 100 R-1 001 01/06/06 180016808

EMISSÃO 08/03/2018  
MÊS/FAT: **FEV/2018**

MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO  
LOCALIDADE DE CACHOEIRA,  
ZONA RURAL  
NOVA RUSSAS

Cep: 62.200-000  
CEARA

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO  
00.04.10.0000000460

LOCALIZAÇÃO

## HIDROMETRIA

HIDRÔMETRO  
AD080174859  
LEITURA ANTERIOR  
00149  
LEITURA ATUAL  
00151  
CONSUMO  
00002  
OCORRÊNCIA  
000

DATA DA INSTALAÇÃO  
24/05/2017  
DATA LEITURA  
16/03/2018  
DATA LEITURA  
23/02/2018  
DIAS DE CONSUMO  
028  
LEITURISTA  
003

CON:  
001 AGUA  
016 Multa por Atraso - 12/2017  
017 Encargos (12/2017) 16 dias

## SERVIÇOS E TARIFAS

CT	PREST	VALOR
		15,96
		0,34
		0,16

## ÚLTIMOS CONSUMOS

MÊS/FAT	CONV	OCORR	MÊS/FAT	CONV	OCORR
FEV/18	00002	000	JAN/18	00003	000
DEZ/17	00002	000	NOV/17	00005	000
OUT/17	00004	000	SET/17	00001	000

MÉDIA: 00002

## PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 018 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos  
Reservatório: **CX.D'AGUA NV.BETANIA**  
Data: \_\_\_\_\_  
Parâmetros: Cor pH Cloro Turbidez Flúor Cál. Total  
Padrão: até 150mg até 8,3 até 2,0 até 5,0 até 1,5 mg/l até 200mg/l  
Origem: \_\_\_\_\_

## MENSAGENS

MULTA 2% 0,33 ENCARGOS DIÁRIOS 0,03% 0,01 MÊS(ES) EM DÉBITO JAN/2018

## VENCIMENTO

CONSUMIDOR  
**09/03/2018**

VALOR R\$

**16,46**

**SAAE** SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE NOVA RUSSAS  
Rua General Sampaio, 1162 - Centro - Cep: 62.200-000  
Nova Russas - CE - Fone (88) 3672.1212

INSCRIÇÃO  
0010463.4  
NOME: MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO  
LOCALIDADE DE CACHOEIRA,  
NOVA RUSSAS - CEARA ZONA RURAL

## VENCIMENTO

**09/03/2018**

VALOR R\$

**16,46**

82610000000.7 0010463.02.18.180016808  
16460264001.7 04630218190.8 01680800002.6



AUTENTICAÇÃO NO VERSO

COMPREV SEGURO  
E PREVIDENCIÁRIO

14 SET 2018





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 550728874

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza, CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.405.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei n° 10.438 de  
28 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

NOV/2018

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE  
1774998 0VENCIMENTO  
02/01/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
125,07

## DADOS DO CLIENTE

Rota 36 039005 01 041200

Medidor

Poste

Nome MARIA DAS GRACAS VIEIRA BRAZ

3313121

0008 0000

Endereço Postal

Erid. da Unidade PV CACHOEIRA 00003 AT BOA VISTA NOVA RUSSAS 62300000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 744.952.833-91

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 7070 7009 1 61 0 61

## DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA

CONSUMO

61

0,76459

46,63

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

22/11/2018

21/12/2018

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1E7C.E368.563E.98F4.8C8B.8786.F66C.6407

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
46,63 27% 12,59

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	17,12
TRANSMISSÃO	1,83
DISTRIBUIÇÃO	9,75
ENCARGOS SETORIAIS	2,61
TRIBUTOS (ICMS, FISC/COTING)	15,32

## OUTROS PAGAMENTOS

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORREÇÃO

0,28

MULTA MORATORIA

0,82

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL COM IL.PUB INTERIOR

4,87

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

4,99

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL TAXA SERVICO

14,55

CUSTOS ADMINISTRATIVOS HP

18,76

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

36,17

ADICIONAL BANCHEIRA AMARELA MÊS (R\$ 1,67)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg CO<sub>2</sub>Compensado kg CO<sub>2</sub>Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

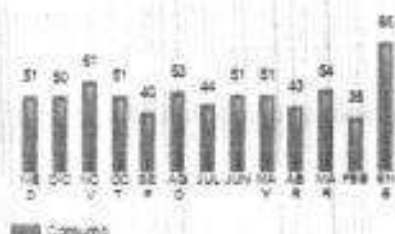
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,57

Conjunto NOVA RUSSAS

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,00		

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



BIB Consumo

Assinatura Mecânica cliente

N° do Cliente:

1774998-0

N° da Nota Fiscal: 550728874

Total a Pagar (R\$): 125,07

Data de Emissão:

02/01/2019

Referência: NOV/2018

N° de Controle: 0001774998 00531 4371 2 02

83880000001-1 25070031000-1 00017749980-0 05314371251-0



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 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 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 José Windermon P. da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503 / 12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Jamile Gomes Corrêa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.886.193 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura maioria da Vítima Paulo Raul Gomes Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.221.013 / 04, 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 Maria F.</u>	Número <u>937</u>	Complemento <u>rua de imensas</u>
Bairro <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado <u>Alagoas</u>
Cep <u>55000-000</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(85) 99459-8121</u>

Cratius, 19 de junho de 2018  
Local e Data

José Windermon P. da Silva  
Assinatura do Declarante



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 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipg=-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 José Wanderley P. da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.707.503 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pratia Jarmila Gomes Corrêa inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.886.193 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura unualidade da Vítima Ronaldo Raul Gomes Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.221.013 / 04, 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 Maria Fx</u>	Número <u>937</u>	Complemento <u>recuso informar</u>
Bairro <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Cratius</u>	Estado <u>Ceará</u>
Email -	Telefone comercial(DDD)	CEP <u>03700-000</u>
		Telefone celular (DDD) <u>(88) 99459-8121</u>

Cratius, 19 de junho de 2018  
Local e Data

José Wanderley P. da Silva  
Assinatura do Declarante





# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GESSI LOPES MARTINS,  
RG nº 992443, data de expedição 20/11/15,  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 265.230.863-72 com  
domicílio na cidade de NONA RUSSAS, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima RONALDO RAOUL GOMES MADUREIRA cujo o condutor era  
MARIA JAMILES GOMES CARNEIRO.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI  
Ano: 2011  
Placa: 001 8608  
Chassi: 9C2KC16703R0610333  
Data do Acidente: 26/02/18  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Gessi Lopes Martins  
Assinatura do Declarante

Maria Jamiles Gomes Carneiro

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





# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Gessi Lopes Martins  
 RG nº 992443, data de expedição 20/11/85  
 Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 265.230.863-2, com  
 domicílio na cidade de Nova Russas, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

complemento \_\_\_\_\_ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Ronaldo Raul G. Medeiros cujo o condutor era  
Maria Jomires Gomes Carneiro.

Veículo: Motor  
 Modelo: Opala/CG 150 Fan est.  
 Ano: 2011  
 Placa: OCJ 8608/CE  
 Chassi: 9C2KC1670BRG20333  
 Data do Acidente: 26/10/2018  
 Local e Data: Crateus 17/12/2018



Gessi Lopes Martins  
 Assinatura do Declarante

Maria Jomires Gomes Carneiro

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



Res: ?



PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

Estado do Ceará - Secretaria de Saúde

MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO  
SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

17:28

CNS: 700906985493897 RG:

Tel: 92909291 Nº Data: 26/02/18

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: Ronald Paul Gomes Madureira Sexo: M Data do Nasc: 29/03/2009 Idade: 8  
Est. Civil: solteiro Prof.: Estudante  
Naturalidade: Nova Russas  
Procedência: Acidente de Trânsito  
Residência: Cachoeira  
Filiação: Francisco da Souza Madureira  
Conjuge: Maria Gomes Gomes Carneiro  
2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente vítima de acidente de trânsito (queda de moto)  
envolvido com dor e edema em tornozelos esquerdo / calcâneo (E)  
# H0: Fratura torçã (E) / Calcâneo (E)

4. PESO: 21 KG: 5 - P.A. 120/70 6. TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADO:

Maria Gomes Gomes Carneiro  
Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Gratky Gratiua - (06) 31571-6772

SABEMI SEGURADORA S/A

11 JUL 2018

RECEBIDO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 27/02/2018 15:24

Página 1

2017/009

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 132511 Atendimento: 0001 Nome do Paciente: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CNS: 700906985493897

Guia de Autorização

Outros dados: Confissão Nascimento: 2236

Data de Nascimento: 25/03/2009

Local: NOVA RUSSAS/CE

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino  
Idade: 8 Ano(s)

Mãe: FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO

Mãe: MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO

Endereço: CAMPO CACHOEIRA, SN

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 62203-000

Município: NOVA RUSSAS

UF: CE Telefone: 98 92252541

Profissão: MENOR

Empresa:

Cônjuge:

Responsável: AURINEIDE MARQUES SILVA

CPF do Responsável:

Endereço: CAMPO CACHOEIRA, SN

Município: NOVA RUSSAS

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 27/02/2018 Hora: 14:36 Convênio: SUS

Matrícula:

CID:

Profissional de Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA  
Indicador de Atendimento:

CRM/UF: 6945/CE

Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário: ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação: trouxe guia 27/02/2018

Sala: Data/Hora Liberação: / / às hs Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg): 21,000

Altura (cm):

T (°C): 35,7

P (bpm): 82

R (rpm):

PA (mmHg):

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 27/02/2018 15:23

Responsável pela Classificação: SAMARA MARTINS FERR

Relatório:

CRIANÇA VITIMA DE MOTO COM LESÃO EM MIE. EDEMA

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

fe tornozelo E a perna local  
ID: patine de tornozelo E  
tal bone

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Responsável  
Aurineide Marques Silva

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: AURINEIDE MARQUES

SABEMI SEGURADORA S/A

11 JUL 2018

RECEBIMOS





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

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

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: Ronaldo Raul Gomes Madureira

Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 29/03/09 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: Cachoeira

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Enxarcas, 8 anos, evoluindo com dor e edema em tornozelo esquerdo após trauma contuso.

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Solicito Rx de tornozelo (E), avaliação e conduta Ortopédica.

Consulta já Realizada: \_\_\_\_\_

1 Analgesia

Impressão Diagnóstica: Fx de tornozelo (E) (?)

Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

26/02/18  
Data

15:00H  
Hora

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação Ortopédica Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data: / /

Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Alta: / /

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Consulta para Seguimento \_\_\_\_\_

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









PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

Estado do Ceará - Secretaria de Saúde  
MUNICÍPIO DE NOVA RUSSAS - PODER EXECUTIVO  
SSM - Secretaria de Saúde do Município / SUS - Sistema Único de Saúde  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

CNS.: 700906985493897 RG: \_\_\_\_\_ Tel. 92909291 Nº \_\_\_\_\_ Data: 26/02/18

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Ronaldo Raul Gomes Madureiro  
Est. Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M Data do Nasc. 29/03/2009 Idade: 8  
Naturalidade: Nova Russas - Ce Prof.: Estudante  
Procedência: Acidente de Trânsito  
Residência: Cabeceira  
Filiação: Francisco de Souza Madureiro  
Conjuge: Maria Jamires Gomes Carneiro

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente vítima de acidente de trânsito (queda de moto)  
evoluindo com dor e edema em tornozelos esquerdo / calcâneo (E)  
# H0: Fr de tornozelo (E) / Calcâneo (E)

4. PESO: 21 KG: \_\_\_\_\_ 5. - P.A. \_\_\_\_\_ 6. TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

7. EXAMES SOLICITADO: \_\_\_\_\_

Maria Jamires Gomes Carneiro  
Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

[illegible]

## RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRA

2. LOCAL: CRATEUS - CE.

3. DATA DO ACIDENTE: 26.02.18

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu FRATURA DO  
TORNZELO ESQUERDO

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: CANCO CONFIRMA-  
DOR RX, ANALGÉSICOS, ANESTÉSICO  
Regime DA FORTURA, IMOBILI-  
ZAÇÃO.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: DOR AO PRESSAR,  
RIGIDEZ ARTICULAR, PERDA  
DA FORÇA, Dificuldade de  
CORRER E AGACHAR, Redu-  
ção DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS

APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: TORNZELO  
ESQUERDO GRAVE 75%.

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 03/09/18

Francisco E. Martins  
MÉDICO  
CRM - 6253

ASSINATURA E CARIMBO







SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 27/02/2018 15:24

Página 1  
v2017005

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 132811 Atendimento 0001 Nome do Paciente RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Documento(s) Certidão Nascimento: 2236

Data de Nascimento 29/03/2009 Local NOVA RUSSAS/CE

Pai FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO

Endereço CAMPO CACHOEIRA, SN

Profissão MENOR Empresa

Responsável AURINEIDE MARQUES SILVA

Mãe MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO  
CEP 62203-000 Município NOVA RUSSAS  
Bairro ZONA RURAL Cônjuge

CPF do Responsável Endereço CAMPO CACHOEIRA, SN

CNS 700906985493897

Estado Civil Solteiro(a)

Gota de Autorização

Sexo Masculino  
Idade 8 Ano(s)

UF CE Telefone 88 92252641

Município NOVA RUSSAS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/02/2018 Hora 14 36 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Observação trouxe guia 27/02/2018

Sala

Data/Hora Liberação 14 36 hs

Tipo de Saida ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 21,000 Altura (cm) T (°C) 35,7 P (bpm) 82 R (mpm) PA (mmHg)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 27/02/2018 15:23

Responsável pela Classificação: SAMARA MARTINS FERR

Relatório:

CRIANÇA VITIMA DE MOTO COM LESÃO EM MIE, EDEMA

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

há torçao (E) a ferimento local  
⑩ natureza de torçao (E)  
fale bote

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Responsável  
AURINEIDE MARQUES SILVA



Assinatura Responsável  
AURINEIDE MARQUES SILVA



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

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

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: Ronaldo Raul Gomes Madureira

Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 29/03/1979 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: Cachoeira

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

crianças, 8 anos, evoluindo com dor e edema em tornozelo esquerdo após trauma contuso.

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Solicito Rx de tornozelo (E), avaliação e conduta Ortopédica.

Consulta já Realizada: \_\_\_\_\_

1 Analgesia

Impressão Diagnóstica: Rx de tornozelo (E) (?)

Assinatura do Encaminhante - N° Registro \_\_\_\_\_

Médica  
Função

26/02/18  
Data

15:00H  
Hora

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação ortopédica Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: 1/1 Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_



Proposta de Consulta para Seguimento \_\_\_\_\_

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



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
090.221.013-04

Nome  
RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Nascimento  
29/03/2009



CERTIDÃO DE AUTENTICIDADE

CERTIFICO a pedido verbal da parte interessada que este documento foi emitido em 29/03/2009, por meio do sistema de autenticação eletrônica, por este Cartório, confirmando, por este, a veracidade da informação contida no mesmo endereço eletrônico. O referido é verdadeiro. Dado no Rio de Janeiro, RJ.

*[Assinatura]*

CARTÓRIO SARGENTÃO SARGENTÃO  
2º Ofício  
Nova Rússia - Ceará  
Maria Aline Martins Gomes  
Escrivente Autorizada

Emissão pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:55:03 do dia 04/07/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE  
CED7.F806.3686.AZC4







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**Nome:** MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO

**CPF:** 054.888.193-56 **Data Nascimento:** 17/11/1992

**Sexo:** F **Estado:** CE

**Endereço:** RITA HESIANA GOMES CARNEIRO

**Residência:** 06091001880 **Válida até:** 29/09/2018 **1ª Emissão:** 04/06/2014

**Observações:** SEM OBSERVAÇÃO

*Assinatura do titular*

**Assinatura do Detran:** 1- V - 2- H

**Local:** PORTALEZA, CE **Data Emissão:** 05/06/2015

**Detran de Ceará**

**Detran de Ceará**

SASEMI SEGURADORA S/A

11 JUL 2018

RECEBIDO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
COMARCA DE NOVA RUSSAS  
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA  
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**



**Francisco da Silva Fernandes**  
Oficial do Registro Civil

**CARTÓRIO FERNANDES**  
**1º OFÍCIO**

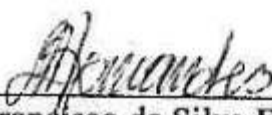
DISTRITO DE NOVA BETÂNIA  
COMARCA DE NOVA RUSSAS-CE  
CNPJ: 01.415.443/0001-06

**FRANCISCO DA SILVA FERNANDES**  
OFICIAL TITULAR

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO N.º 2.236**

CERTIFICO que às fls.41-V, do Livro N.ºA-07, de Registro de Nascimentos, foi lavrado aos 30 de março de 2009, o assento de, **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**, nascido aos vinte e nove(29)de março de dois mil e nove (2009), às 4:00 horas e 15 minutos, em Nova Russas Ceará, do sexo: masculino. Filho de: **Francisco de Souza Madureiro e de Maria Jamires Gomes Carneiro**. Sendo avós paternos: Expedito Madureiro Lourenço e Antonia de Souza Madureiro e maternos: Rita Neziana Gomes Carneiro. Foi declarante o pai do registrado. Serviram de testemunhas, Antonio Gabriel Gomes Carneiro e Maria Neuda Alexandrino Silva. Observação: Nenhuma. O referido é verdade e dou fé. //

Nova Betânia (Ce), 30 de março de 2009.

  
**Francisco da Silva Fernandes**  
Oficial do Registro Civil

**CÓPIA**









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
PARTICIPAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARIA JAKINES GOMES CARNEIRO	
DOC. IDENTIFIC. / OUT. FUNDOS 30072925684 ESP CE	
CPF 054.686.193-56	
DATA NASCIMENTO 17/11/1992	
FILIAÇÃO RITA NEZIANA GOMES CARNEIRO	
Nº RENOVADO 06091001985	
VALIDADEZ 29/09/2018	
1ª HABILITAÇÃO 04/06/2014	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura: <i>Maria Jakines Gomes Carneiro</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO 05/06/2015	
Nº RENOVADO 85545095304	
CE147893372	
DETRAN CE (CE-TRAN)	

COMPREV SEGURANÇA  
E PREVENÇÃO  
REC. 14 SET 2018





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013870592965  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA- CDD. RENAVAM- R.N.T.R.C- EXERCÍCIO-  
PPT 01 379759438 0000000000 2017

NOME  
GESSI LOPES MARTINS

NOVA RUSSAS /CE

CPF / CNPJ- PLACA-  
26523086372 OC18608/CE

PLACA ANT. / UF- CHASSI-  
/LE 9C2KC1670BR620333

ESPECIE TIPO- COMBUSTÍVEL-  
PAS/MOTOCICLO/NAO APL. IC. GASOL/ALCO

MARCA / MODELO- ANO FAB- ANO MOD-  
HONDA/CG 150 FAN ESI 2011 2011

CAP. POT. / CL- CATEGORIA- COR PREDOMINANTE-  
2F/OCV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA- VENC. COTA ÚNICA- VENC. / COTAS-  
1\*  
2\*  
3\*

FAIXA I.P.V.A- PARCELAMENTO / COTAS-  
1\*  
2\*  
3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)- IOF (R\$)- PRÊMIO TOTAL (R\$)- DATA DE PAGAMENTO-  
00/00/00

OBSERVAÇÕES

NOVA RUSSAS

LOCAL- DATA-  
NOVA RUSSAS 21/02/2018

Igor Ponte  
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 013870592965 BILHETE DE SEGURO DPVAT

26523086372 OC18608/CE

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0600 022 1204

013870592965 18818005820

EXERCÍCIO- DATA EMISSÃO-  
2017 21/02/2018

VA- CPF / CNPJ- PLACA-  
01 26523086372 OC18608

RENAVAM- MARCA / MODELO-  
379759438 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB- CAT. DDP- Nº CHASSI-  
2011 PART 9C2KC1670BR620333

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)- DENATRAM (R\$)- CUSTO DO SEGURO (R\$)-

CUSTO DO BILHETE (R\$)- IOF (R\$)- TAXA SARGO PLS SEGURO (R\$)-


PAGAMENTO- DATA DE QUITAÇÃO-  
COTA ÚNICA PARCELADO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.606/0001-04

COMPRE SEU SEGURO  
E PREVENHA  
14 SET 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

CPF: 090.221.013-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2018

Titular do CPF: RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

**JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12**

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

## 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.

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: 14/09/2018  
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA  
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

**Número do Sinistro:** 3180427624

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**CPF:** 090.221.013-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Titular do CPF:** RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Outros

**MARIA JAMIREES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56**

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.**

**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: 15/01/2019  
Nome: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO  
CPF: 090.221.013-04

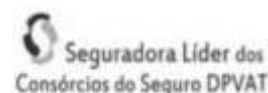
\_\_\_\_\_  
RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

\_\_\_\_\_  
LILIANA MARIA PEREIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

**Número do Sinistro:** 3180427624

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**CPF:** 090.221.013-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Titular do CPF:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**MARIA JAMIREES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56**

Autorização de pagamento

## 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.

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: 22/01/2019  
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA  
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427624

**Cidade:** Russas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRO

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do tornozelo esquerdo

**Descrição do exame físico:** Limitação moderada dos movimentos de flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada por 45 dias. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** 50% de sequela no tornozelo esquerdo causada pela perda parcial da mobilidade desse tornozelo e bloqueio articular

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427624

**Cidade:** Russas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRO

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do tornozelo esquerdo

**Descrição do exame físico:** Limitação moderada dos movimentos de flexão dorsal e plantar do tornozelo esquerdo

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada por 45 dias. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** 50% de sequela no tornozelo esquerdo causada pela perda parcial da mobilidade desse tornozelo e bloqueio articular

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427624 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
**MADUREIRO**

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

**Data da análise:** 28/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427624 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
**MADUREIRO**

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

**Data da análise:** 23/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (3)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO, brasileiro(a), estado civil CASADO(A), profissão AGRICULTORA, residente e domiciliado à Rua CACHOEIRA nº 512, bairro ZONA RURAL, Município de NOVA RUSSA, Estado de(o) CEARA, Cep 62200-000, portador(a) do Rg nº 20072925684, SSP/CE e CPF nº 054.886.193-56.

Outorgado: JOSE WERDERSON PRUDENCIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ---, residente e domiciliado(a) à Rua MOURA FE nº 937, bairro SÃO VICENTE, Município de CRATEUS, Estado de (o) CEARA, Cep 63700-000, portador (a) do RG nº 20020516137 SSP/CE e CPF nº 047.709.503-12.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ronaldinho Paul Gomes Madureira, ocorrido em 20.02.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(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 mandato.

Cratús 05 de Junho de 2018.

Maria Jamiris Gomes Carneiro  
Outorgante  
CPF Nº .....

Ops.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA JAMIRIS GOMES CARNEIRO, brasileiro(a), estado civil CASADA(CA), profissão AGRICULTORA, residente e domiciliado à Rua CACHOEIRA, nº 510, bairro ZONA RURAL, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CEARA, Cep 62200-000, portador(a) do Rg nº 20072925684, SSP/CE e CPF nº 054.886.193-56.

Outorgado: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ---, residente e domiciliado(a) à Rua MOURÃO FE, nº 937, bairro SÃO VICENTE, Município de CRATEUS, Estado de (o) CEARA, Cep 65700-000, portador (a) do RG nº 20020516137 SSP/CE e CPF nº 047.709.503-12.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ronaldos Paul Gomes Madureira, ocorrido em 26.10.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(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 mandato.

Cratéis, 05 de Junho de 2018.



Maria Jamiris Gomes Carneiro  
Outorgante  
CPF Nº 054.886.193-56

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

**Número do Sinistro:** 3180427624

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**CPF:** 090.221.013-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Titular do CPF:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Outros

**MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56**

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.

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: 15/01/2019  
Nome: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO  
CPF: 090.221.013-04

\_\_\_\_\_  
RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

\_\_\_\_\_  
LILIANA MARIA PEREIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**CPF:** 090.221.013-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Titular do CPF:** RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA : 017.707.503-12

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

## 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.

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: 14/09/2018  
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA  
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336919/18

**Número do Sinistro:** 3180427624

**Vítima:** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**CPF:** 090.221.013-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2018

**Titular do CPF:** RONALDO RAUL GOMES  
MADUREIRO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO : 054.886.193-56**

Autorização de pagamento

## 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.

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: 22/01/2019  
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA  
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180427624

**Nome do(a) Examinado(a):** RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

**Endereço do(a) Examinado(a):** CACHOEIRA, 0 - Nova Russas/CE - CEP 62200-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2236 - CERT. NASC - 30/03/2009

**Data e Local do Acidente :** 26/02/2018 - N. RUSSAS - CE

**Data e Local do Exame :** 23/02/2019 RUA PAULO ARAGÃO, 579 - SOBRAL/CE - CEP 62011-250

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

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

IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS E FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM JULHO DE 2018.

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

LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR PELA BLOQUEIO ARTICULAR

**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 susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

TORNOZELO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
- Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO**

Nº Sinistro: **3180317120**

Vitima: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**

Data do Acidente: **26/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180317120**.

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**

Carta nº 13112885



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**

Nº Sinistro: **3180317120**

Vítima: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**

Data do Acidente: **26/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180317120**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**

Nº Sinistro: **3180427624**

Vitima: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**

Data do Acidente: **26/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427624**.

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**

Carta nº 13368741



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO**  
Nº Sinistro: **3180427624**  
Vitima: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**  
Data do Acidente: **26/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427624**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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, 16 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427624**

**Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**

**Data do Acidente: 26/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427624                      Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180427624

Vítima: RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001409-5

Conta: 0000034511-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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 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

090.221.013-04

Nome completo da vítima

Ronaldinho Raul Gomes Medeiros

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Fátima Gomes Carneiro	054.886.193-58	recusa informar
Endereço	Número	Complemento
Localidade Cachoeira		recusa informar
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	Ceará	62203-000
Cidade		Telefone (DDD)
Nova Russas		(88) 99455-8121

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**

2- RECLAMO 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 POUPANÇA** (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)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

Nº

001

AGÊNCIA

Nº

1409

D/V

5

CONTA

Nº

34511

D/V

3

AGÊNCIA

Nº

1409

D/V

5

CONTA

Nº

34511

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

Cratitê 19 de 06 de 2018

Local e Data

Maria Fátima Gomes Carneiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

11 JUL 2018

RECEBIDO





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 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: 090.221.013-04 Nome completo da vítima: Ronaldo Raul Gomes Madureira

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

Nome completo <i>Maria Famires Gomes Carneiro</i>	CPF titular da conta <i>054.886.193-56</i>	Profissão <i>recuso informar</i>
Endereço <i>Localidade Cachoeira</i>	Número	Complemento <i>recuso informar</i>
Bairro <i>Zona Rural</i>	Cidade <i>Nova Russas</i>	Estado <i>Ceará</i>
Email	CEP <i>62203-000</i>	Telefone (DDD) <i>(88) 99455-8421</i>

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

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

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

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO  
*Banco do Brasil*    
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
*1409*  *5* *34511*  *3*  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

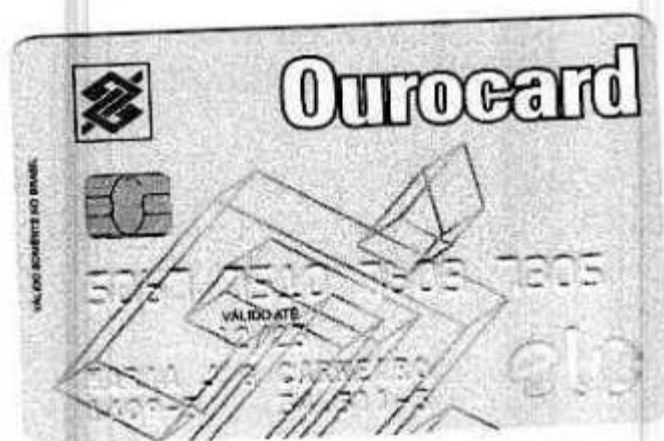
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

*Cachoeira* *19* de *06* de *2018*  
 Local e Data



*Maria Famires Gomes Carneiro*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 090.221.01304 Nome completo da vítima: Ronaldo Paul Gomes Machado

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

Nome completo: Ronaldo Paul Gomes Machado CPF: 090.221.01304

Profissão: Técnico Engenheiro Endereço: Localidade Cachoeira Número: 511 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Zona Rural Cidade: Nova Russes Estado: Ceará CEP: 62.203-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel: (000) 88/99459-8121

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: Banco do Brasil

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 34095 CONTA: 34513

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Crato CE 26/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria Jovina Gomes Carruso

Assinatura do Proprietário (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 090 221 013-04 Nome completo da vítima: Ronaldo Raul Gomes Madureira

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

Nome completo: Ronaldo Raul Gomes Madureira CPF: 090.221.013-04

Profissão: Recuso informar Endereço: Localidade Cachoeiro Número: SV Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Zona rural Cidade: Nova Russas Estado: Ceará CEP: 62203-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (35) 99459-8123

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1409 5 CONTA: 34511 3

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Brasília 26/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Larissa Gomes Carneiro

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

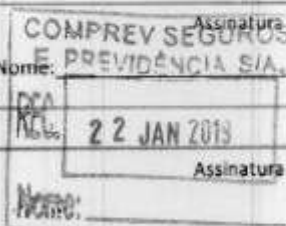
## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 452 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2018 08:37:46**  
Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2018 16:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROCAL**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**  
Nascimento: **29/03/2009** CPF:  
REGISTRO CIVIL: **2236** Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**  
**FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO**  
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE CACHOEIRA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **NOVA RUSSAS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA JAMIRES GOMES CARNEIRO**  
Nascimento: **17/11/1992** CPF: **054.886.193-56**  
RG: **20072925684** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **RITA NEZIANA GOMES CARNEIRO**  
**NI**  
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DA CACHOEIRA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:



**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCI8608** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi:  
**9C2KC1670BR620333** Renavam: **379759438** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano  
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **GESSI LOPES MARTINS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

A noticiante informa que no dia 26/02/2018, por volta das 16:30h, estava conduzindo o veículo acima citado e seu filho, RANALDO RAUL GOMES MADUREIRO, estava na garupa do veículo; QUE conduzia o veículo em uma estrada carroçal quando passou por dentro de uma poça d'água e derrapou; QUE o pé esquerdo da vítima (RAUL) entrou no aro da motocicleta fazendo com que a vítima caísse no chão; QUE a vítima teve duas fraturas, uma no tornozelo e uma no calcanhar, além de uma torção; QUE a vítima teve seu primeiro atendimento em no Hopsital Municipal de Nova Russas e posteriormente foi transferido para Crateús; QUE AURINEIDE MARQUES SILVA e EXPEDITO DE SOUSA MADUREIRO estavam no veículo atrás do seu,





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS



**BOLETIM DE Ocorrência N° 510 - 452 / 2018**

presenciaram o acidente e podem testemunhar o fato; E nada mais disse ////  
As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de  
responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a  
comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes  
dos arts 339 e 340 do CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Roberta Bezerra*  
MAT. 301 138 10  
**ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Liliana Jamir Gomes Carneiro*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Bruno de Oliveira Rocha*  
**BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 30081013**

\* Aurineide Marques Silva

\* Ex Pedito de Sousa Medeiros





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 452 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2018 08:37:46**  
Data / Hora da Ocorrência: **26/02/2018 16:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROCAL**  
Complemento:  
Bairro: Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RONALDO RAUL GOMES MADUREIRO**  
Nascimento: **29/03/2009** CPF:  
REGISTRO CIVIL: **2236** Orgão Emissor:  
Filiação: **MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO**  
**FRANCISCO DE SOUZA MADUREIRO**  
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE CACHOEIRA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:  
CEP:



**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA JAMIREZ GOMES CARNEIRO**  
Nascimento: **17/11/1992** CPF: **054.886.193-56**  
RG: **20072925684** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **RITA NEZIANA GOMES CARNEIRO**  
**N!**  
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DA CACHOEIRA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OC18608** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi:  
**9C2KC1670BR620333** Renavam: **379759438** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano  
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **GESSI LOPES MARTINS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

A noticiante informa que no dia 26/02/2018, por volta das 16:30h, estava conduzindo o veículo acima citado e seu filho, RANALDO RAUL GOMES MADUREIRO, estava na garupa do veículo; QUE conduzia o veículo em uma estrada carroçal quando passou por dentro de uma poça d'água e derrapou; QUE o pé esquerdo da vítima (RAUL) entrou no aro da motocicleta fazendo com que a vítima caísse no chão; QUE a vítima teve duas fraturas, uma no tornozelo e uma no calcanhar, além de uma torção; QUE a vítima teve seu primeiro atendimento em no Hopsital Municipal de Nova Russas e posteriormente foi transferido para Crateús; QUE AURINEIDE MARQUES SILVA e EXPEDITO DE SOUSA MADUREIRO estavam no veículo atrás do seu,



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 452 / 2018**

presenciaram o acidente e podem testemunhar o fato; E nada mais disse ///  
As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de  
responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a  
comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes  
dos arts 339 e 340 do CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Roberta Bezerra*  
Mat 3011381-0  
Roberta DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

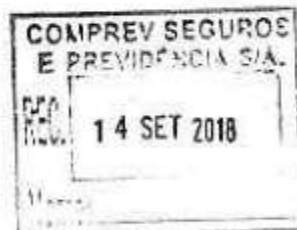
*Maria Jamires Gomes Carneiro*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Bruno de Oliveira Rocha*  
BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 30081013

\* Aurineide Marques Silva

\* Expediente de Sousa Induribe





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 Demilo Raul Gomes Mulinheiro CPF da Vítima 090.221.013-04 Data do Acidente 26.02.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal Maria Jamiles Gomes Carneiro CPF do Representante legal 054.886.193-56  
E-mail  Telefone (DDD) (88)9459-8121

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:

**Assinar uma das opções abaixo:**

2ª 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.

Cratius, 19 de 06 de 2018.  
Local e Data

✓ Maria Jamiles G. Carneiro  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Ronaldinho Raul Gomes madureira

CPF da Vítima

090.221.013-04

Data do Acidente

26.02.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Maria Jamires Gomes Carneiro

Email

CPF do Representante legal

054.886.193-56

Telefone (DDD)

(88)9459-8121

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 5º 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.

Cratius 19 de 06 de 2018  
Local e Data



X Maria Jamires G. mesconheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal