

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAO VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170625660

Vitima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170625660**.

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 12025501



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAO VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170625660

Vitima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170625660**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **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 Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170625660

Vítima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170625660** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>João Vieira da Silva</i>		CPF titular da conta <i>011708533-02</i>	Profissão <i>Servente</i>
Endereço <i>Rua Francisco Gomes Marques</i>		Número <i>589</i>	Complemento <i>02A</i>
Cidade <i>Ipê Rosa</i>	Estado <i>Alagoas</i>	CEP <i>65100-000</i>	Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO. <i>0744</i>	DIV. <i>0</i>	CONTA NRO. <i>2553</i>	DIV. <i>8</i>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

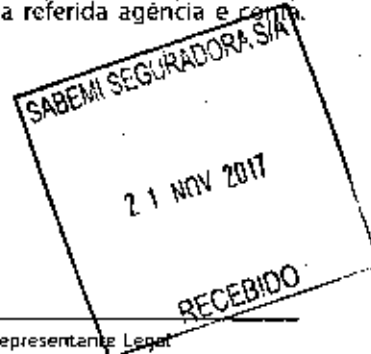
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

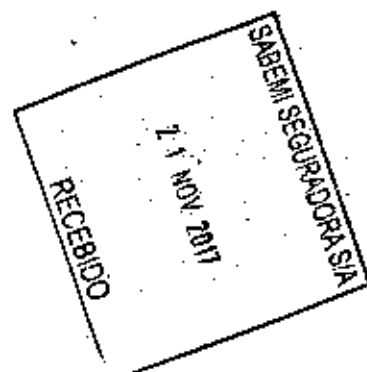
Assinatura *30* de *Outubro* de *2017*
Local e Data

João Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

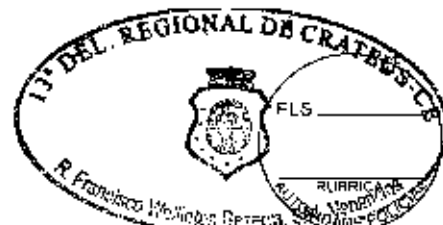
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3276 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/08/2017 09:46:17**
Data / Hora da Ocorrência: **03/06/2017 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BENONY MOURÃO FILHO**
Complemento: **BEIRA DA PISTA**
Bairro: **VENÂNCIOS** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO VIEIRA DA SILVA**
Nascimento: _____ CPF: _____
RG: **365917618** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BALBINA SOARES DA SILVA**
SEBASTIÃO VIEIRA DA SILVA
Endereço: **RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589**
Bairro: **FREI DAMIÃO**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____
Nome: **ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES**
Nascimento: **24/11/1984** CPF: **012.928.313-40**
RG: **58.85.294-1** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO LOPES**
LOURIVAL VIEIRA LOPES
Endereço: **NÃO INFORMADO CONJUNTO FREI DAMIÃO, 589**
Bairro: **FREI DAMIÃO**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____
Nome: **JOÃO ALFREDO LOEPS DA SILVA**
Nascimento: **22/11/2013** CPF: _____
RG: **58.851.363-5** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES**
JOAO VIEIRA DA SILVA
Endereço: **RUA RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589**
Bairro: **JOSE ROSA**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

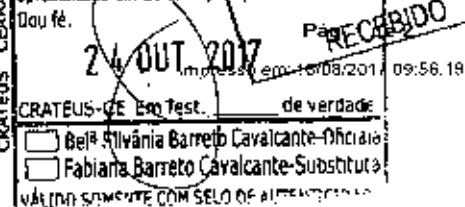
1) Placa: **HYD9360** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2HA07103R021603** Renavam: **795808364** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/C100 BIZ ES** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **EDILSON FERREIRA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a vítima **JOÃO VIEIRA DA SILVA** que na data, horário e local indicados neste Boletim de Ocorrência conduziu a motocicleta acima discriminada, levando na garupa sua esposa **ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES**.

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

João



CARTÓRIO CAVALCANTE
Ofício Registro de Imóveis
Fabiana Barreto Cavalcante
Escritório Substituto



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3276 / 2017

e seu filho JOÃO ALFREDO LOPES FILHO, de 3 anos de idade, e quando passavam pela Beira da Pista, em Crateús, depararam-se com um aglomerado de pessoas em torno de uma confusão que ocorria no local, quanto então sua motocicleta foi atingida na parte debaixo por uma pedra, arremessada em meio a confusão, o fazendo perder o controle do veículo, tendo os três caído ao solo. O declarante JOÃO VIEIRA afirma que na queda machucou o joelho, braço e ombro esquerdos, bem como sua coluna, sendo que sua esposa ROSIMEIRE machucou os joelhos e os braços, e seu filho teve ferimentos na perna esquerda, no tornozelo esquerdo e no rosto, sofrendo escoriações por quase todo o corpo, sendo os três socorridos pela sobrinha do declarante de nome FRANCIA NAIANE, que levou todos ao Hospital São Lucas. Por fim, aduz o declarante que não possui CNH e que não foi acionado Corpo de Bombeiros Militar ou Guarda Civil Municipal, pelo que apresentou como testemunhas do fato as pessoas de FRANCISCA NAIANE DA SILVA FELIX (RG 2008162349-0, CPF 052.627.333-01) e MARIA ANTONIA DA SILVA (RG 2293384-92 e CPF 943.026.423-00). E nada mais disse.///

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ISIS CELIANE RODRIGUES SOARES - MAT.: 300690-1-3

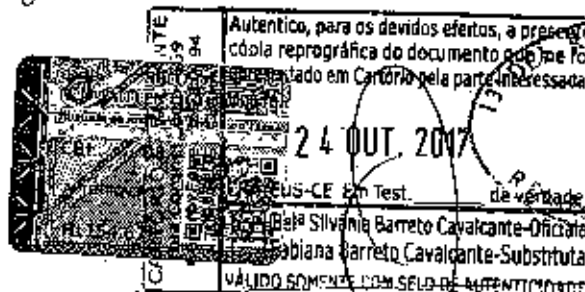
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Vieira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

Testemunhas { *+ maria Antonia da Silva*
x f^{ca} Maria-re da Silva Felix



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, João Vieira da Silva, portador da carteira de identidade nº 36591 361-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 04408533-02 residente e domiciliado na Rua Francisco Gomes Marques 389, qd. 300 Cidade Patius Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Vieira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patius - PE 27.10.2017

Local e data





SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

Impressão: 03/06/2017 23:3

Página

v20173

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 123888	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOAO VIEIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documentos CPF: 014.708.533-02		Estado Civil Casado(a)		Sexo Masculino
Data de Nascimento 16/01/1978	Local CRATEUS/CE	Idade 39 Ano(s)		
Pai SEBASTIAO VIEIRA DA SILVA		Mãe BALBINA SOARES DA SILVA		
Endereço RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589	Bairro VENANCIO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão SERVENTE	Empresa	Cônjuges ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES		
Responsável ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES	CPF do Responsável	Endereço RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/05/2017	Hora 23:35	Convênio SUS	Matrícula	CID	Comprovação de não declaração 0006
Profissional do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR			CRM/UF 6029/CE	Tipo Atendimento CONSULTA SIMPLES	
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário MIKAELY SOARES GOMES		
Observação					
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

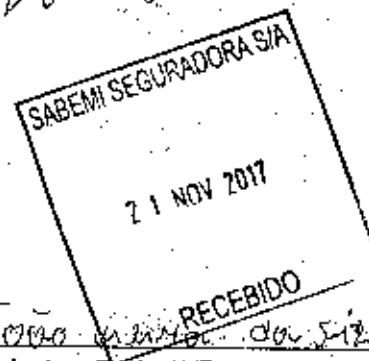
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

exame físico
e mmss

wresting

exame de corpo de
delito

Dr. Junior Fernandes
CRM 6029
MÉDICO DE CÉF. TOPOGRÁFICA



JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR CRM 6029

João Junior da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, João Vitor da Silva

RG nº 36.591.72-8, data de expedição 03/06/14, Órgão SP-SP

CPF nº 044.208.533-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Gomes Marques</u>
Número	<u>589</u>
Apto / Complemento	<u>Loja</u>
Bairro	<u>Volta Redonda</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>63200-000</u>
Telefone de Contato	<u>(99) 99931.0118</u>
E-mail	<u>~ ~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos - CE 07.10.2017

Assinatura do Declarante: João Vitor da Silva





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Águas

Nº de Inscrição:

027721663

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOAO VIEIRA DA SILVA

Endereço: RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 509, JOSE ROSA

CEP: 63700-000

Cidade: CRATEUS

Esp. Entrega:

CEP:

Cidade:

Lote: 029 Setor: 001 Quadra: 0164 Lote: 0016 Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pêças: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: Medidor: 011F051436 Leitura Anterior: 364 Leitura Atual: 375 Volume: 11 Medida Sentencial: 7

DATAS

Leitura Atual: 01/06/2017 Faturamento: 01/06/2017 Leitura Anterior: 01/06/2017 Leitura Anterior: 01/06/2017 Leitura Anterior: 01/06/2017

QUANTIDADE DA ÁGUA CISTERNADA REFERENTE A:					
06/2017					
Nº de Amostragem	Classe	Turbidez	Cor	Condições Totais	Escherichia Coli
051	051	051	010	051	051
049	049	049	009	049	049
049	049	049	009	049	049

REMARKS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 26,32. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		Esfera (m³)
			Mes/Ano	Água (m³)	
AGUA		25,87	AGO/16	12	0
MULTA DE 22		0,39	SET/16	12	0
JUROS DE 0,0537 AO		0,26	OUT/16	11	0
			NOV/16	8	0
			DEZ/16	8	0
			JAN/17	8	0
			FEB/17	8	0
			MAR/17	7	0
			ABR/17	9	0
			MAY/17	7	0
			JUN/17	5	0
			JUL/17		

Tributos sobre o pagamento		Valor (R\$)	Subsídio		Valor (R\$)
PIS	0,25		VALOR DO SERVIÇO		43,22
COFINS	1,26		VALOR DO SUBSÍDIO		16,70
			VALOR TOTAL A PAGAR		26,52
MÊS/ANO		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
08/2017		01/09/2017	26,52		

Observações

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme informações das Agências Reguladoras.

As informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na unidade da Cagece: 3911318 de 8h às 12h e 13h às 17h. O usuário está ciente de que a Cagece não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações fornecidas.

Cagece
0800 275 0195

Cagece

SABEM SEGURADORA S/A

21 NOV 2017

RECEBIDO

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF 030.311.693 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Vieira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.708.533 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Envolvido da Vítima João Vieira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.708.533 / 00 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>Av. Santos Hermanns</u>		Número <u>1303</u>	Complemento <u>Apto</u>
Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63700-000</u>	
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(88) 99931.046</u>	

Fortaleza - CE de Outubro de 2017
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Edilson Ferreira da Silva,
RG nº 800201908556, data de expedição 11/04/02, Órgão SSP-CE,
portador do CPF nº 012.350.893-20, com domicílio na cidade de
Itaituba, no Estado de Paraná,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Rildo Soares
Monteiro, nº 300, complemento lote,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Vinícius
da Silva, cujo o condutor no momento do
acidente era João Vinícius da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda C100 Dix ES
Ano: 2002/2003
Placa: BYD 9360
Chassi: GC2 BA 031033.021603
Data do Acidente: 03/06/2017

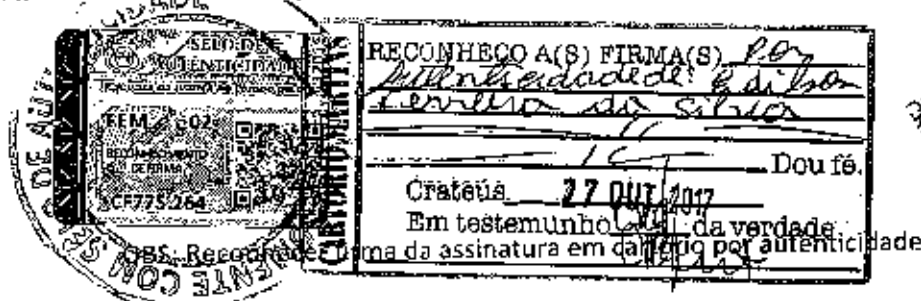
Local e Data: Itaituba - CE 27 OUT. 2017



Edilson Ferreira da Silva
(Assinatura do Declarante)



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





SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS



Impressão: 03/06/2017 2

Pág

DADOS DO PACIENTE

Pontuação: 23888	Atendimento: 0001	Nome do Paciente: JOAO VIEIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documentos: CPF: 014.708.533-02	Estado Civil: Casado(a)	Sexo: Masculino		
Data de Nascimento: 16/01/1978	Local: CRATEUS/CE	Idade: 39 Ano(s)		
Pai: SEBASTIAO VIEIRA DA SILVA	Mãe: BALBINA SOARES DA SILVA			
Endereço: RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589	Bairro: VENANCIO	CEP: 63700-000	Município: CRATEUS	UF: CE
Profissão: SERVENTE	Empresa:	Cônjuge: ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES		
Responsável: ROSIMEIRE DE FRANCA LOPES	CPF do Responsável:	Endereço: RUA FRANCISCO GOMES MARQUES, 589	Município: CRATEUS	UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 03/06/2017	Hora: 23:35	Convênio: SUS	Matrícula:	CID:
Profissional de Atendimento: JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR	CRM/UF: 6029/CE	Tipo Atendimento: CONSULTA SIMPLES		
Indicador de Atendimento: Trânsito	Funcionário: MIKAELY SOARES GOMES			
Observação:				

Saldo:	Data/Hora Liberação: / / às hs.	Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito
--------	---------------------------------	--

Sinais Vitais:					
Peso (kg):	Altura (cm):	T (°C):	P (bpm):	R (mpm):	PA (mmHg):

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

exame físico
e exames
urina

Dr. Junior Fernandes
CRM 6029
Médico de Família



João Vieira da Silva

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8110-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES DE OLIVEIRA

PROIBIDO PLASTIFICAR

João Vieira da Silva

8110-086363

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.591.761-8 DATA DE EMISSÃO 03/JUN/2014

NOME JOÃO VIEIRA DA SILVA

A MÃE SEBASTIÃO VIEIRA DA SILVA

E BALBINA SOARES DA SILVA

NACIONALIDADE CRATEUS -CE DATA DE NASCIMENTO 16/JAN/1978

MUNICÍPIO CRATEUS-CE

MUNICÍPIO MONTE NEBO

CN: LV.A5 /FLS.71 /N.004202

014708533/02 PIS 12506413652

Assinado 192 Delegado Divisão de Polícia IURC/SSP/SP

ROBERTO LUIZ DE ASSIS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECEBIDO

21 NOV 2017

SABEM SEGURADORA S/A



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2003003007478

NOME KARINE VIEIRA GOMES

DATA DE NASCIMENTO 5/11/2003

TERIA VIEIRA GOMES

DATA DE NASCIMENTO 24/8/1992

LOCAL DE NASCIMENTO CRATEUS-CE

CERT. NASC. 22.247 L A/22 F

CPF 68. CRATEUS/CE

ASSINATURA DO DIRETOR

PORTALIZA-CE


LEI Nº 7.116 DE 26/06/03


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPT. SAUV. URBANISMO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO





Karine Vieira Gomes

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBIDO

21 NOV 2017

SABEM SEGURADORA S/A

CÓPIA DE CONTROLE

309E.1050C.0124.A07A

A autenticação deste comprovante deverá ser confirmada na internet: noandamento.gov.br

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

de 16:00:30 de 11/08/2017 (Início de validade)

ligado no telefone 0800-000-0000

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro do Pessoa Física

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 030.341.691-88

Nome KARINE VIEIRA GOMES

Data de nascimento 24/08/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170625660

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente: 03/06/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO NÃO REGISTRA EVIDENCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170625660 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO NÃO REGISTRA EVIDENCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)



Nome: João Vieira da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casado
 Profissão: Servente
 Identidade: 36.591.761-8 CPF: 014.709.533-02
 Endereço: Rua Ferreira Gomes Marques 589 Bairro: Taboão
 Cidade: Patativa CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Soraya Barreto Cavalcante
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 003003007478 CPF: 030.341.693-96
 Endereço: Av. São Paulo 1723 Bairro: Centro
 Cidade: Patativa CEP: 63700-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora, **Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, João Vieira da Silva

Local: Patativa UF: CE Data: ____ de ____ de 201__

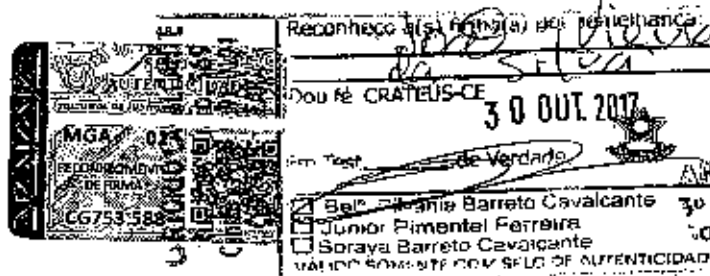
CARTÓRIO
CAVALCANTI
3º OFÍCIO

João Vieira da Silva

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

SABEMI SEGURADORA S/A
21 NOV 2017
RECEBIDO



CARTÓRIO CAVALCANTI
3º Ofício Registro de Imóvel
Soraya Barreto Cavalcante
Substituta
PATATIVIA - CE

PROCURAÇÃO PARTICULAR



UN26

Comprovação de age do beneficiário

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: João Vieira da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Peixeiro
 Identidade: 36591761-8 CPF: 01470853302
 Endereço: Rua Francisco Gomes Mendes 589 Bairro: Limoeiro
 Cidade: Lotus CEP: 63700000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Rosine Alves Gomes
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: do lar
 Identidade: 300303007478 CPF: 03034169396
 Endereço: Sacramento Sumaré 123 Bairro: Centro
 Cidade: Lotus CEP: 63700000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. João Vieira da Silva

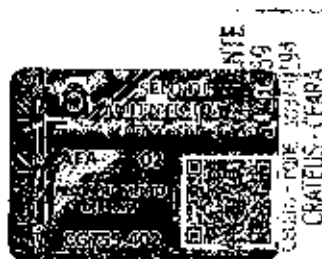
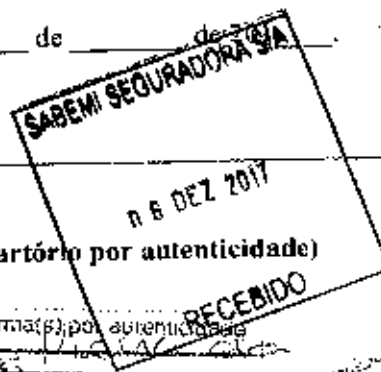


Local: _____ UF: _____ Data: _____ de _____ de _____

João Vieira da Silva

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade
 Dou fé CRATEUS-CE 01 DEZ 2017
 Em Teste _____ de Verdade
 Rosine Alves Gomes
 Flávia Barreto Cavalcante
 Fabiana Barreto Cavalcante
 Valdire Cardoso Barros Pimentel