

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2017

Carta nº: 11037800

A/C: ROMARIO SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170278225 ASL-0195550/17

Vítima: ROMARIO SOUSA DA SILVA

Data Acidente: 02/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11073587

A/C: ROMARIO SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3170278225 ASL-0195550/17
Vitima: ROMARIO SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 02/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Romário Sousa da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 209361703-H EXPEDIDO POR SSP-CE EM 03/10/12 E

CPF 612811803-8 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO Segurança

E RENDA MENSAL DE R\$ 110 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Romário Sousa da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo, com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 007 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 904-0 N° da CONTA (com dígito, se existir) 444 77-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza-CE 03 de abril de 2012

LOCAL E DATA

ROMÁRIO SOUSA DA SILVA

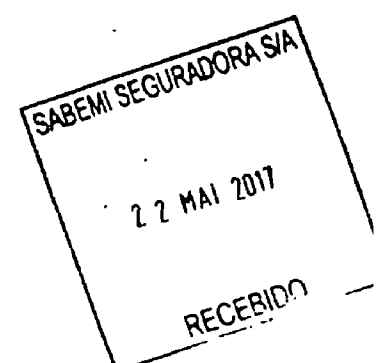
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SABEMI SEGURADORA S/A





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3511 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/11/2016 18:24:34**
Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2016 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO RIACHO SECO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAUA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROMARIO SOUSA DA SILVA**
Nascimento: **04/05/1995** CPF: **612.214.803-24**
RG: **2008361723-4** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA**
VICENTE GOMES DA SILVA
Endereço: **SITIO FAZ. SÃO ROMÃO - TUCUNS**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.700-000**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OST5835** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC1680ER445558 Renavam: **589625187** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO LAERCIO ARAUJO DE SOUSA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o(a) noticiante/vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, perdeu o controle da mesma ao tentar desviar de um buraco, vindo a cair na via/chão. QUE em consequência teve traumatismo facial e no braço direito. Acrescenta que foi socorrido por populares para o Hospital São Lucas, em Crateús/CE e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito. QUE tomaram conhecimento do acidente as pessoas de TATIANA GOMES DA SILVA e MARIA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA. E NADA MAIS DISSE. A VÍTIMA/NOTICIANTE FICOU CIENTE DE QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE SUA INTEIRA RESPONSABILIDADE E TAMBÉM DAS SANÇÕES PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALOIZIO ALVES DE LIMA AMORIM - MA 135.000.000-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ROMARIO SOUSA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

Aloizio A. L. Amorim
Escrivão de Polícia Civil



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Romário Sousa da Silva, portador da carteira de identidade nº 8008361723 - H e inscrito no CPF/MF sob o nº 612.214.803 - 24 residente e domiciliado na St. São Romão n. 510, 101 Tururu Cidade Matutins, Estado Goiás, 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.

x ROMÁRIO SOUSA PASILVA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Matutins - CE 27.03.2017

Local e data



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CRATEUS - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA



DADOS DO PACIENTE

CNS

Guia de Autorização

Prontuário 006935 Atendimento 0006 Nome do Paciente ROMARIO SOUSA DA SILVA

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Documento(s) CPF: 253.653.498-73

Idade 21 Ano(s)

Data de Nascimento 04/05/1995

Local CRATEUS/CE

Mãe MARIA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA

UF CE Telefone 85 97174654

Pai VICENTE GOMES DA SILVA

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

Endereço CAMPO REALEJO. SN

Empresa

Cônjuge

Profissão ESTUDANTE

Município CRATEUS

Responsável RAQUEL GOMES DA SILVA

CPF do Responsável

Endereço CAMPO REALEJO. SN

DADOS DO ATENDIMENTO

CID

Data Atendimento 07/07/2016 Hora 23:31 Convênio SUS

Matrícula

CRM/UF 15488/CE

Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO

Profissional de Atendimento JOSE GONCALVES ROSA NETO

Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA

Indicador de Acidente Trânsito

Observação

Sala

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)

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

Segundo a Esposa FRANCISCA GOMES DA SILVA,
Relata que o paciente tem de neuropatia.
ao d.o. com encefalopatia de tipo
fibril, entre outros que o mesmo tem
exames plasmáticos, glicose na urina, glicose
decreta.

Dr. Paulo José / Trauma Torácico
Rx de Face.
Rx de Tórax.
Rx do Braço Direito

Dr. Paulo José / Trauma Torácico

JOSE GONCALVES ROSA NETO
CREMEC 15408
CPF: 771.282.063-53

JOSE GONCALVES ROSA NETO - CRM: 15488

SABEMI SEGURADORA S/A
Tatiana de Almeida
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RAQUEL GOMES DA SILVA
RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Romário Sousa da Silva

RG nº 2009361723, data de expedição 03/10/12, Órgão SSP-CE

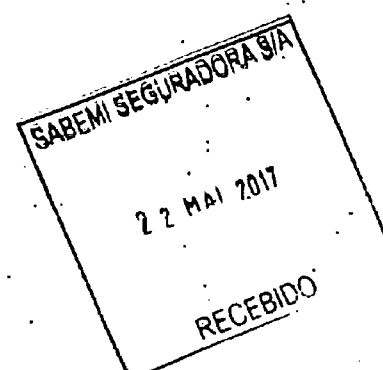
CPF nº 612.214.803-24, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fz São Romão</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>loca</u>
Bairro	<u>St Jucuma</u>
Cidade	<u>Itaituba</u>
Estado	<u>Pará</u>
CEP	<u>65700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99931.0116</u>
E-mail	<u>~ ~ ~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaituba - PA 03.04.2017

Assinatura do Declarante: ROMÁRIO SOUSA DA SILVA





0015

Nº DO CLIENTE

7700006-4

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

Atenta Social de Energia Elétrica
do Grupo SIA S/A nº 10.432
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdomiro, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ: 07042251/0001-70 | CCE 06.105.848-3Conheça
agora o **ene!**

CPF: 000.000.000-00 | SAGRU0081 | SÉRIE B-4 | Nº

460376533

Rota 02 35000 03 000550 - 0

Data de Emissão 06/01/2017

Nome KARINE VIEIRA GOMES

End. Postal: RU SGT HERNINIO 01668 AP B
CENTRO - CRATEUS - 63700000

Medidor 2121505

Posta 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 030341693-96

CGF

Nome do Responsável

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2017	06/01/2017	03/02/2017

DISTRIBUIÇÃO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	Mês	Padrão Individual	Assunção Individual
		Mensal	Anual
DIC	5,79	1,16	13,92
REC	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
108,50	27,82%	30,19

VALOR TOTAL DO IMPORTE A PAGAR

R\$ 138,69

DETALHAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6123	5971	1,00	152	152	0,00	0,65	98,80
06/01/17	05/12/16		23,24	23,24	0,00		15,16
							VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

108,50

QUOTA PARCELAMENTO 5/5

99,64

Multa Moratória Ref 12/2016

1,45

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DETALHAMENTO DO CONSUMO

DETALHAMENTO DO CONSUMO (kWh) (2 meses)

Energia	45,27
Transmissão	1,16
Distribuição	1,16
Encargos Setoriais	1,16
Impostos	1,16
TOTAL	50,91

187	152	108	180	221	214	0	0	0	0	0	0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	---	---	---	---	---	---

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Compare suas emissões de consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂)

65,69

Compensação kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (R\$)

0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE VENCIMENTO

Informamos existir contas vencidas em atraso desde 15/01/2017, no valor de R\$ 450,00. Seu fornecimento de energia elétrica será suspenso a partir de 02 dias contados a partir da data de vencimento das contas.

Dívida para fatura R\$ 6,25 referente a FIC e DFTD.

SABEMI SEGURADORA S/A

22 MAI 2017

RECEBIDO

Nº do Cliente: 7700006-4 Referência: Jan/2017

Data de Emissão: 06/01/2017 Total a Pagar (R\$): 210,59

Nº da Nota Fiscal: 460376533 Nº de Controle: 0001702006 20005 30117 73

8381000002-7 10590031000-3 00077000063-6 00051907039-5



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes, portador(a) do

RG nº 2003003007478, expedido por SSP-CE, em

05/11/2003, CPF/CNPJ nº 030.341.693-96,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Romario

Souza da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

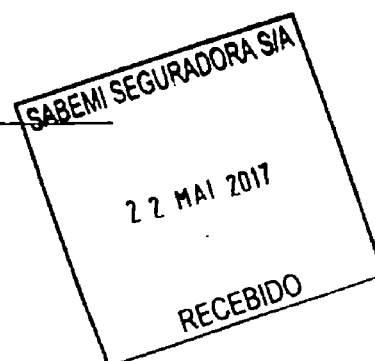
da vítima Romario Souza da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Do lar Renda Mensal: R\$ Receita-me

Documentos comprobatórios: CNH

Karine Vieira Gomes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo



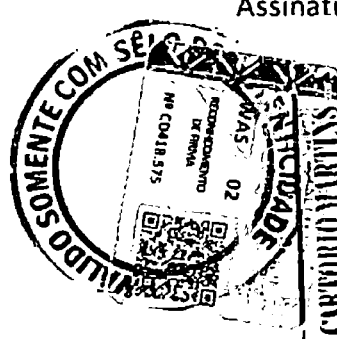
Eu, Diego Sousa da Silva,
RG nº 2007792345-0, data de expedição
21 / 01 / 2011, Órgão SSP - CE, portador do CPF
nº 061.384.053-40, domicílio na cidade de
Cratêus, no Estado de Pernambuco, onde
resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Sítio São Romão S/N, 10º Juruá
nº S/N, complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima
Romário Sousa da Silva, cujo o
condutor era Romário Sousa da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: Xamêdo CG 150 5ª Gen ES01
Ano: 2013 / 2014
Placa: OST SR 35
Chassi: 9C2KC1680 ER H45558
Data do Acidente: 02/07/2016
Local e Data: Cratêus - CE 23.03.2017

DIEGO SOUSA DA SILVA

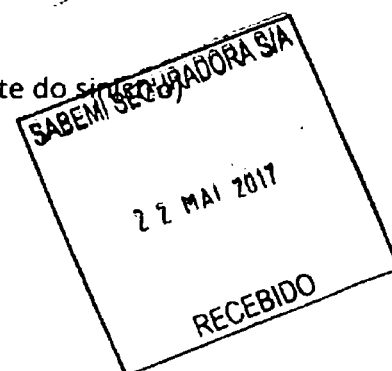
Assinatura do Declarante.

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



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>pro cu.</u> <u>testemunha de Diego Sousa</u> <u>da Silva</u>
Dou fé.
Cratêus <u>03 ABR 2017</u>
Em testemunho <u>da verdade</u> <u>Diego</u>

JAMILENE MARTINS
Xé: Edmar Albuquerque Nascimento
Substituto Legal
OAB/PE 4908
CRATEÚS - CE/MA





DADOS DO PACIENTE

Prontuário 006935 Atendimento 0006 Nome do Paciente ROMARIO SOUSA DA SILVA
Documento(s) CPF: 253.653.498-73
Data de Nascimento 04/05/1995 Local CRATEUS/CE
Pai VICENTE GOMES DA SILVA Mãe MARIA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA
Endereço CAMPO REALEJO, SN Bairro ZONA RURAL CEP 63700-000 Município CRATEUS
Profissão ESTUDANTE Empresa Conjugo
Responsável RAQUEL GOMES DA SILVA CPF do Responsável Endereço CAMPO REALEJO, SN Município CRATEUS UF CE
CNS Guia de Autorização Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino Idade 21 Ano(s) UF Telefone CE 85 97174654

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/07/2016 Hora 23:31 Convênio SUS
Profissional de Atendimento JOSE GONCALVES ROSA NETO CRM/UF 15488/CE Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA
Observação

Sala Data/Hora Liberação à hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg)

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

Segundo a Esposa TATIANA GOMES DA SILVA,
relata que o paciente tem de modo (SFC).
ao ex. físico e: frouxa parte de peso
de 150kg, relato que o mesmo comparece
abandonar o colchão, episódios na face, estom.
dores, náuseas.

Dr. Tarcisio Paul. / Tarcisio Tarcisio
folha Rx da Face.
Rx do Tórax.
Rx do Braço Direito

Dr. Tarcisio Paul. / Tarcisio Tarcisio

JOSE GONCALVES ROSA NETO
CREMEC 15488
CPF: 771.282.083-55

JOSE GONCALVES ROSA NETO - CRM: 15488

SABEMI SEGURADORA S/A
22 MAI 2017
Tatiana Gomes da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RAQUEL GOMES DA SILVA



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Clínica Odontológica

Declaração

Declaro que o paciente Romário Sousa de Silva
está em acompanhamento ambulatorial de Cirurgia
Bimaxilar no Hospital Universitário Walter Antônio
tendo realizado procedimento cirúrgico no dia 27/07/16,
recebendo alta geral somente após 01 ano de
acompanhamento ambulatorial, até a data deverá comparecer
aos retornos para avaliação Clínica.

Fortaleza, 21 de Novembro de 2016

VISTO: _____

CRO Nº _____

Rua: Monsenhor Furtado s/n Rodolfo Teófilo – CEP: 60.430.350
Fortaleza-Ceará Telefones: (85) 3366-8425



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 2008361723-4 DATA DE EMISSÃO 03/10/2012

NOME ROMARIO SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO VICENTE GOMES DA SILVA MARIA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA

NATURALIDADE CRATEÚS - CE DATA DE NASCIMENTO 04/05/1995

CPF 612.214.803-24

1 VIA

ASSINATURA DO TITULAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

LABORATÓRIO DE DERMATOLOGIA HUMANA E FISIOLÓGICA

Impressão Direta

ROMARIO SOUSA DA SILVA

CARTeira de Identificação

RECEBIDO

22 MAI 2017

SABEM SEGURADORA S/A

Joanne

(89) 9999 31 0116

CÓDIGO DE CONTROLE EC37.8CF3.E058.A40D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:31:00 da 09/09/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 612.214.803-24

Nome ROMARIO SOUSA DA SILVA

Nascimento 04/05/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2003003007478 DATA 5/11/2003

NOME KARINE VIEIRA GOMES

PAI: EVALDO GOMES VIEIRA E MARIA QUI
TERIA VIEIRA GOMES

NATURALIDADE: CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO: 24/8/1992

DECLARAC. CERT. NASC.: 22.247 L A/22 F

68 CRATEUS/CE

CPF

FORTALEZA/L

ASSINATURA: *Karine Vieira Gomes*

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

CÓDIGO DE CONTROLE 3D9E.1C5C.C124.A07A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:06:30 do dia 11/06/2013 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Karine Vieira Gomes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDO

22 MAI 2017

SABEM SEGURADORA S/A



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
030.341.693-96

Nome
KARINE VIEIRA GOMES

Nascimento
24/08/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012811842421
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRD 01 589625187 0000000000 2016

DIEGO SOUSA DA SILVA

CRATEUS/CE

06138405340

OST5835

PLACA ANT. UF

CHASSI

000000/CE

9CZKC1680ER445558

ESP/VEICULO/NAO APLIC

GASOL/ALCO

MARCA/ANO

ANO MOD

HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 2014

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COM. DOMINANTE

2P/OCV/149CC

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VALOR

***** **

*/**/**

1 *****

TAXA/PVA

VALOR/COFAC

2 *****

3 *****

3 *****

NO TAXA ANO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

CRATEUS

Igor Pontes



24/02/2017

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 012811842421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMACOES, LIGUE 0800-000000
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguroobrigatorio.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 24/02/2017

01 06138405340 OST5835

589625187 HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 09 9CZKC1680ER445558

PRÊMIO TARIFÁRIO

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

DESPACHANTE

LOTE/DOC 0126280763 LIDACRED DPVAT

MOTOR: KC1685445558

www.seguro-obrigatorio.com.br

MAI-2016

RECEBIDO
22 MAI 2017
SABEM SEGUROS



DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS

DECLARANTE:

Nome: <u>Romário Sousa da Silva</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Empregado</u>	Carteira de Identidade: <u>200.936.1783-4</u>	
CPF nº: <u>612.814.803-84</u>	Residência: <u>52 São Romão SN</u>		
Bairro: <u>Alt. Juazeiro</u>	Cidade: <u>Proteus</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>63700-000</u>

Na qualidade de beneficiário(a) do seguro DPVAT, do acidente ocorrido no dia 02/07/2016, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que **NÃO** tenho nenhum desses documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Rano Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, e para tanto me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

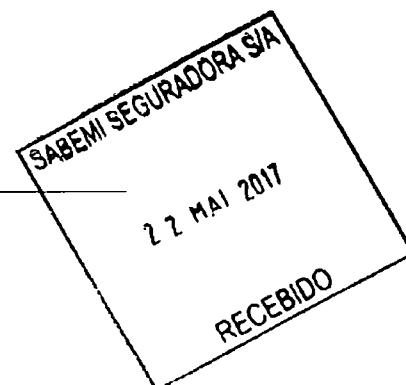
Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.
Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Atenciosamente.

Proteus - CE, 28 de novembro de 2016

x ROMÁRIO SOUSA DA SILVA
DECLARANTE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170278225 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMARIO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Escoriações múltiplas

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica válida disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: Romário Sousa da Silva brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão loquutor, residente e domiciliado à
Rua S. São Romão, nº 511, bairro zona rural
Município de Matheus Estado de(o) CE Cep 63100-000
portador(a) do Rg nº 208361783-4, SSP/CE e CPF nº 612.214.803-24

Outorgado: Janine Vieira Gomes brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão DO LAR, residente e domiciliado(a) à
Rua Av. São Sebastião, nº 1668, bairro Centro
Município de Matheus Estado de (o) CE Cep 63100-000
portador (a) do RG nº 203003004-8 SSP/CE e CPF nº 030.241.693-96

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) Romário Sousa da Silva, ocorrido em 02/04/2016, 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.

Matheus - CE 24, de maço de 2017



X ROMÁRIO SOUSA DA SILVA

Outorgante

CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Romário Sousa da Silva</u>
<u>05/ABR/2017</u> Dou fé.
Crateús <u>05/ABR/2017</u>
Em testemunho <u>da verdade</u>

ARLINDO MARTINS
Talia Efigênia Martins Rodrigues
Escritora Substituta

