

---

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

**Vitima:** 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](http://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](http://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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta n°: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Romario Sousa da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 30183601703-4 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 03/10/10 E  
 CPF 6128111803815 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Recebedor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Romario 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 aparecerem 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](http://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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 904-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 44477-5

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº 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.

Brasília-DF, 03 de Outubro
de 2014
Romario Sousa da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A

## 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 a 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.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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

Boletim de Ocorrência



- BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **TAUÁ/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 TAUÁ**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ALCIZIO ALVES DE LIMA AMORIM - MATRÍCULA 558-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ROMARIO SOUSA DA SILVA**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**Aloizio A. L. Amorim**  
Escrivão de Polícia Civil

**MAIS 558-1-6**

**21 MAI 2017**

**RECEBIDO**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Romário Souza da Silva, portador da carteira de identidade nº 8008261723-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 612.214.803-24, residente e domiciliado na Rua São Romão n.º 510, Centro, Cidade Inatti, Estado Pará, 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.

Romário Souza da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Inatti - CE 27.03.2017

Local e data



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

Comprovado do ato declaratório  
0005

DADOS DO PACIENTE

Prenúncio Atendimento Nome do Paciente  
006935 0006 ROMARIO SOUSA DA SILVA  
Documento(s) CPF: 253.653.498-73  
Data de Nascimento Local  
04/05/1995 CRATEUS/CE  
Pai VICENTE GOMES DA SILVA  
Endereço CAMPO REALEJO, SN  
Profissão ESTUDANTE  
Responsável RAQUEL GOMES DA SILVA

CNS  
Estado Civil Solteiro(a)  
Sexo Masculino  
Idade 21 Ano(s)

UF CE Telefone 85 97174654

Mãe MARIA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA  
Bairro ZONA RURAL CEP 63700-000  
Conjugue

CPF do Responsável Endereço  
ESTUDANTE CAMPO REALEJO, SN

Município CRATEUS

UF C

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio  
02/07/2016 23:31 SUS

CRM/UF  
15488/CE

CID  
Tipo Atendimento  
CONSULTA COM PROCEDIMENTO

Profissional do Atendimento  
JOSE GONCALVES ROSA NETO

Funcionário  
SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA

Indicador de Acidente  
Trânsito  
Observação

Data/Hora Liberação  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs.

Tipo de Saída  
( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais  
Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (ppm)

R (ppm)

PA (mmHg)

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

Segundo a Esposa Silvana Gomes da Silva,  
Relevo que o paciente tem de nipo (SEC).  
Ao d.o. fui ao encontro com o paciente  
que informou que o paciente tem  
ex. de alcoolismo, glicose na Fase, glicose  
dominante.

rx. para face.  
rx. de humor.  
rx. de boca dura.

dr. Fábio Faria Pinto - no pronto.

JOSE GONCALVES ROSA NETO  
CRM/CE 15488  
CPF: 771.282.083-55

JOSE GONCALVES ROSA NETO - CRM: 15488

SABEMI SEGURADORA S/A

Triviana 04/07/2017  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: RAQUEL GOMES DA SILVA

RECEBIDO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Romario Sousa da SilvaRG nº 20093614723, data de expedição 03/10/12, Órgão SSP-CE

CPF nº 610.211.803-24, 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>Av São Româo</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>loca</u>
Bairro	<u>Alt Jucuru</u>
Cidade	<u>Institui</u>
Estado	<u>lênia</u>
CEP	<u>63700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(82) 99931-0016</u>
E-mail	<u>~~~~~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Institui - CE 03.04.2017Assinatura do Declarante: Romario Sousa da Silva





## Nº DO CLIENTE

7700006-4

Para agilizar seu atendimento, cadastre o nº acima  
informando essa conta ao seu corretor de convênio.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
decretação da Lei nº 10.426  
de 26 de setembro de 2002  
Companhia Energetica do Ceará  
Rua Padre Valdemar, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0007-70 CEE 06.105.846-3

Caixa  
Saque

CÓDIGO IDENTIFICATIVO DA CONTA SERIE B-4 | Nº 460376533

Rota 02 36000 03 000550 - 0

Data de Emissão 06/01/2017

Nome KARINE VIEIRA GOMES

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

Medidor 2121505

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 030341693-96Fator da Potência 0,20  
CGF

Nome do Responsável

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

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
198,58	07,62%	15,13

**VALOR FISCAL**  
SEFAZ/CE 2522.002.764-501.5199.997

Licit. Atual	Licit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incr.	Const. Falt.	Trib. (R\$)	Valor (R\$)
5123	5171	1.69	152	0.00			106,50
06/01/17	05/12/16		59.163				99,64

VALOR CONSUMO DO MES  
QUOTA PARCELAMENTO S/S  
MULTA MORATÓRIA REF 12/2016  
1,45

## VENCIMENTO

## TOTAL A PAGAR (R\$)

## VALOR DO CONSUMO (ultimo 12 meses)

Energia .....	45,59
Transmissão .....	1,16
Distribuição .....	16,25
Impostos Setorial .....	51,19
Impostos ICMS FIS/CFMS .....	19,24
<b>TOTAL .....</b>	<b>187,08</b>
	152,18
	22,14
	0,00

## VALOR DO CONSUMO (ultimo 12 meses)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecologica (CO<sub>2</sub>)

65,69 0,00 0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

## DECLARAÇÃO

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

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 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 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 Xanine Vilma Lemos, portador(a) do RG nº 300.300.300-1K78, expedido por SSP-CE, em 05/11/2003, CPF/CNPJ nº 020.341.693-96, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Romaria Souza da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobilizado, da vítima Romaria Souza da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Des. Joor Renda Mensal: R\$ Recevo - me

Documentos comprobatórios: CNH

Xanine Vilma Lemos  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMÉDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romário Souza da Silva,  
RG n° 3007792345 - 0 data de expedição  
21 / 01 / 2011 Órgão SSP - CE portador do CPF  
n° 061.381.053-40 domicílio na cidade de  
Battisti no Estado de lêna onde  
resido na  
(Rua/Avenida/Estrada) Sítio São Româo SIN, Bt Juçara  
n° SIN, 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 vitima  
Romário Souza da Silva, cujo o  
condutor era Romário Souza da Silva.

Veículo: Scat 2.9

Modelo: Xsmax CG 150 Fim ESDI

Ano: 2013 | 2014

Placa: OST SR 35

Chassi: 9C2KC1680 CR. H55558

Data do Acidente: 02/07/2016

Local e Data: Battisti - CE 23.03.2017

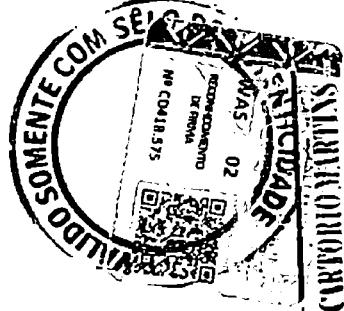
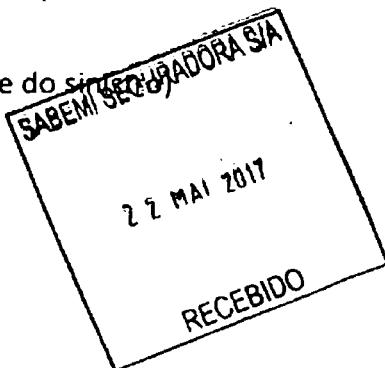
DIEGO SOUSA DA SILVA

Assinatura do Declarante.

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

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) PRA MIM Romário Souza da Silva	
Dou fé. Crateús 03 ABR 2017	
Em testemunho da verdade Diego Souza	

**CARTÓRIO MARTINS**  
Adv. Edmar Abreu que Nascente  
Substituto Legal  
QDN 4806  
CRATEÚS CEARÁ





### DADOS DO PACIENTE

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

### DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
03/07/2016	23:31	SUS		
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
JOSE GONCALVES ROSA NETO			15488/CE	CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador do Acidente			Funcionário	
Trânsito			SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA	
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação		
Sinais Vitais		/ /	às _____ hs.	
Peso (kg)				
Altura (cm)		T (°C)	P (bpm)	R (impm)
				PA (mmHg)

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

Segundo d. Espouse Tatiana Gomes da Silva,  
relata que o paciente tem de nro (550).  
ao d.p. fizeram exames para detectar  
que sua gravidez é de 36 semanas.  
Exames feitos na maternidade, exames de sangue,  
exames de urina, exames de sangue, exames de urina.  
Desta forma.

Rx. Fazem Rx. Rx. Rx. Rx.  
Rx. Rx. Rx. Rx. Rx.

obs. Fazem Rx. Rx. Rx. Rx. Rx.

JOSE GONCALVES ROSA NETO  
CRM: 15488  
CREMEC 15488  
CPF: 771.282.083-35

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

Declaracão

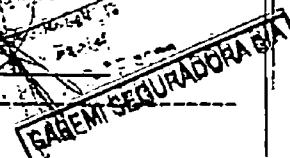
Declaro que o paciente Romário Souza da Silveira  
está em acompanhamento ambulatorial de Cirurgia  
Bucoradical no Hospital Universitário Walter Arantes  
tendo realizado procedimento cirúrgico no dia 27/10/16,  
recebendo alta geral somente após 01 ano de  
Alerjantite Ambulatorial, até a data deverá apresentar  
os 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



22 MAI 2017

RECEBIDO

VALIDA EM TODO O BRASIL

REGISTRO 2008361723-4 DATA DE EXPIRAÇÃO 03/10/2012

NOME: ROMÁRIO SOUSA DA SILVA  
FECIAÇÃO: VICENTE GOMES DA SILVA  
MARIANNA FRANCISCA MARIANO DE SOUSA

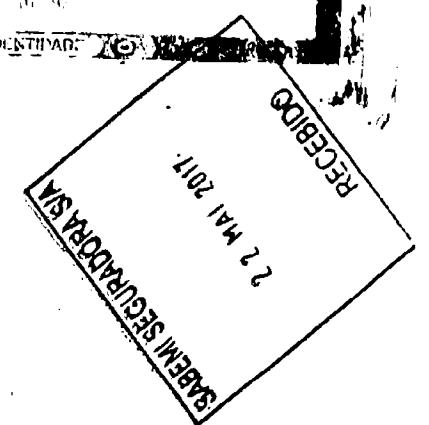
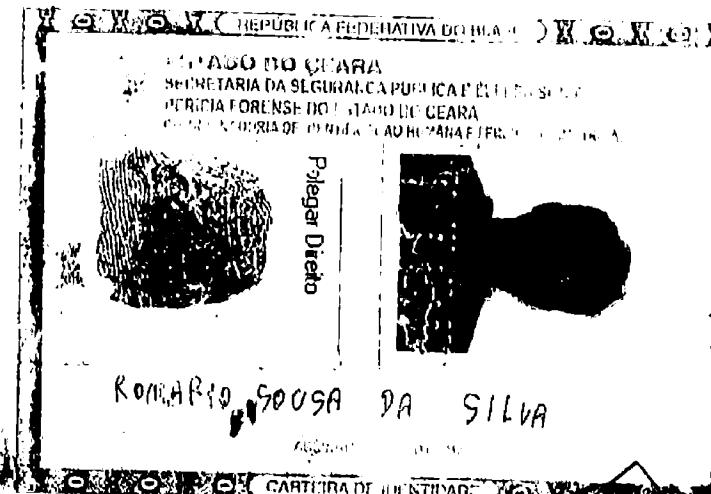
NASCIMENTO: 04/05/1995

LIVRO: HASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:39096 FOLHA:30V  
LIVRO:A-41 ERATEUS - CE  
CPF: 612.214.803-24

1 VIA

**ABSTRAÇÃO DO TÍTULO**  
LEIA 7 LIG. DF 29 0043

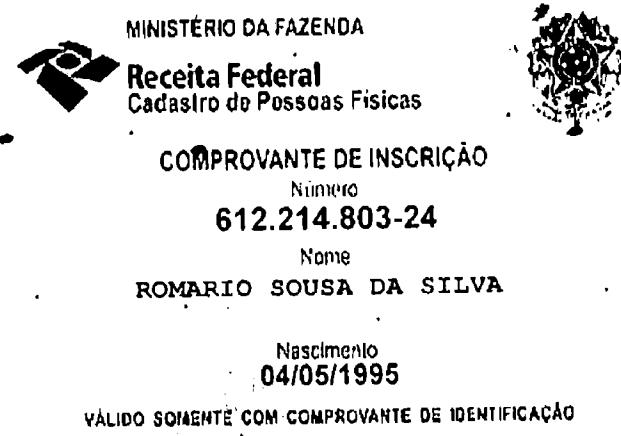
P.: 5

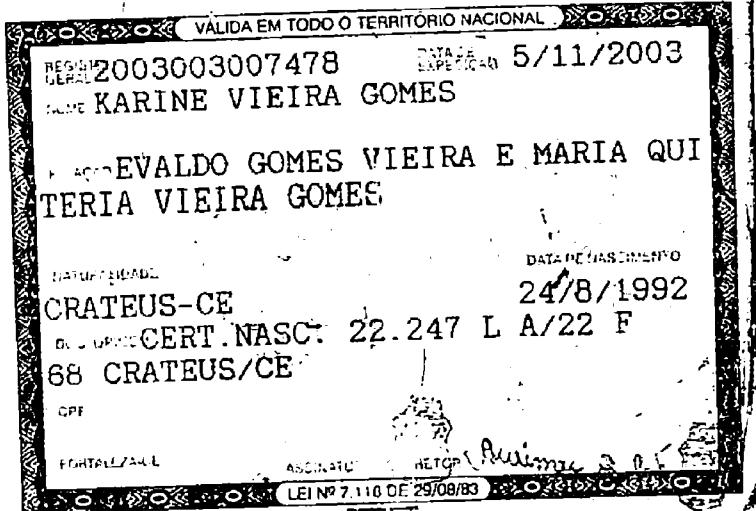


Yonene  
01/03/1996 (88) 9993-1016

digito verificador: 00  
8510:31:000d0 d9/09/2013 (hora e data de emissão)  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Comprovante emitido pela  
www.receita.fazenda.gov.br  
A autenticidade desse comprovante deve ser  
ser comfirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

EC37.BCF3.E058.A40D  
CÓDIGO DE CONTROLE







•0007

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE N° 012811842421  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA - COD. REINALDO - TITULAR - MACHADO  
 CRED. 01 589625187 0000000000 2016

NOME: DIEGO SOUSA DA SILVA  
 CRATEUS/CE

FECHADA - DATA: 06/13/2016

06138405340 - OBT5835

PLACA ANTO, UF: CHAS/

\*\*\*\*\*/CE 902K01680ER445558

ESPECIE: STREL

FRE/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

MARCA/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI ANO MOD: 2013 / 2014

AP/POT/GIL: CATEGORIA: CON. PROPRIETÁRIO

2P/OCV/14900 PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA IN. LIÇIAS

P	*****	**/ **/ **	1. *****
V	TAXA IPVA	MENTO/COTAS	2. *****
A	*****	*****	3. *****

VALOR TAXA ANO (R\$) 00,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 00,00 PAGAMENTO 00/00/0000

OBRAZ - OBSERVAÇÕES

CRATEUS / Igor Pontel 24/02/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVA

CE N° 012811842421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPUA

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvalt3391.com.br](http://www.dpvalt3391.com.br)  
SAC DPVALT 0000 022 1204

2016-024/02/2017

01	06136409340	OST5835
REKANAM		MAGA MEL
589625187	HONDA/CG150 FAN ESDI	
2013-08-28		N CHASSI
		SCRIELESBORRRAFFES

**DESPACHANTE**  
LOTE/DOORCEU26260/69 LIQUIDACAO/PAT  
MOTOR: KCIGE85449256CS 0001-04  
[www.schaeffler.com.br](http://www.schaeffler.com.br)

141-2016



## DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS

**DECLARANTE:**

Nome: <i>Romário Souza da Silva</i>	Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>		
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Consultor</i>	Carteira de Identidade: <i>200 9361783-4</i>	
CPF nº: <i>612.814.803-84</i>	Residência: <i>Av São Romão SIN</i>		
Bairro: <i>Alt Juarez</i>	Cidade: <i>Brasília</i>	Estado/UF: <i>CE</i>	CEP: <i>63100-000</i>

Na qualidade de beneficiário(a) do seguro DPVAT, do acidente ocorrido no dia 08/07/2016, 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 Ramo 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."**

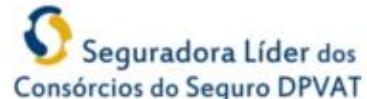
Atenciosamente.

*Romário Souza da Silva* - cc. 28 de novembro de 2016

*Romário Souza 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 Souza da Silva ..... brasileiro(a),  
 estado civil Solteiro....., profissão ..... residente e domiciliado à  
 Rua São Romão....., nº 511....., bairro ..... Município de ..... Estado de(o) C.E ..... Cep. 63100.000  
 portador(a) do RG nº 2008361783-4, SSP/C.E e CPF nº 611.211.803-24

**Outorgado:** Marlene Vieira Lemos ..... brasileiro(a),  
 estado civil Solteira, profissão ..... residente e domiciliado(a) à  
 Rua São Romão ..... nº 1608 ..... bairro ..... Município de ..... Estado de(o) C.E ..... Cep. 63100.000  
 portador (a) do RG nº 200300300711, SSP/C.E ..... e CPF nº 030.311.693-96

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 Souza da Silva, ocorrido em ...../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.

...../04/2016, de ..... de 2016



X R. MARIO SOUSA DA SILVA .....  
 Outorgante  
 CPF Nº .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Romário Souza da Silva</u>	
assinada por <u>Romário Souza da Silva</u>	
Data: <u>05/ABR/2011</u> Dou fé.	
Crateús <u>05/ABR/2011</u>	
Em testemunha: <u>W. da verdade</u>	

ARLTON MARTINS  
 Lúcia Efigênia Martins Rodrigues  
 Escrevente Substituta

