

VÍTIMA Elizete Cet SEGURO LIGA 8001-5121-0000-2017 15:10 27438811DATA DO ACIDENTE 21-05-2017 CPF DA VÍTIMA 062.352.363-02PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Elizete Cet CEP 50.000-000QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARENTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR Rue: Henrique Barreto de SiqueiraNº 1522 COMPLEMENTO Casa Bairro CentroCIDADE Juazeiro do Norte UF CE CEP 62018-000

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE (88) 93309-1662

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA:  SIM  NÃO

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA:  SIM  NÃO

( ) LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

( ) ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS: \_\_\_\_\_

( ) OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VÍTIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• Morte = R\$ 15.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

3 PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA NA SEGURO LIGA DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 22-06-2017Data 03/06/2017 MATR. CORREIOS 6217411320IDENTIDADE 2023034030633Nome Jabellha SampaioASSINATURA Jabellha SampaioAssinatura Jabellha Sampaio

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236468/17

Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

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

**GILMAR CAETANO DA SILVA : 012.352.363-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/06/2017  
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF/CNPJ: 012.352.363-07

Data: 21/06/2017  
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU  
CPF: 110.123.037-13

GILMAR CAETANO DA SILVA

LIA NAZARETH NEVES PALAU



DH



Destinatário: Centro de Distribuição AGF  
CEP: 81003-120  
Brasília  
DF 20000-000  
Centro  
RIO DE JANEIRO  
CEP: 20000-000  
Varre-Sai, RJ 24.450-000  
Centro - Rio de Janeiro - RJ

020-81089 : DP

~~215628~~

~~CE102~~

~~YUOZENHO DO JUORRE~~

~~DAIRIBO: DEDURSUTHS~~

~~PLU: MARE, BONNHO DO SITLUB IN 1972~~

~~GIWAN CEFANO DO SITLUB~~

CELEDEME

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236468/17

Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar  
Outros

### Outros



## ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data: 20/07/2017  
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF: 012.352.363-07

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 20/07/2017  
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo  
CPF: 131.414.327-16

GILMAR CAETANO DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

**SINISTRO 3170339552 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA GILMAR CAETANO DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT -**OPERAÇÃO CORREIOS****BENEFICIÁRIO GILMAR CAETANO DA SILVA****CPF/CNPJ: 01235236307****Posição em 30-06-2017 11:30:56**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

SEGURADORA LIDER DPVAT 3170339552 30-06-2017 11:30:56 247187 M



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11434823

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

Sinistro: 3170339552 ASL-0236468/17  
Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA  
Data Acidente: 14/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico -Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos:

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 Lider-DPVAT





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236468/17

Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**GILMAR CAETANO DA SILVA : 012.352.363-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/06/2017  
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF/CNPJ: 012.352.363-07

Data: 21/06/2017  
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU  
CPF: 110.123.037-13

GILMAR CAETANO DA SILVA

LIA NAZARETH NEVES PALAU

Destinatário

Mr. Dider. Dovet.

SECURONOR LIDER. DODVER

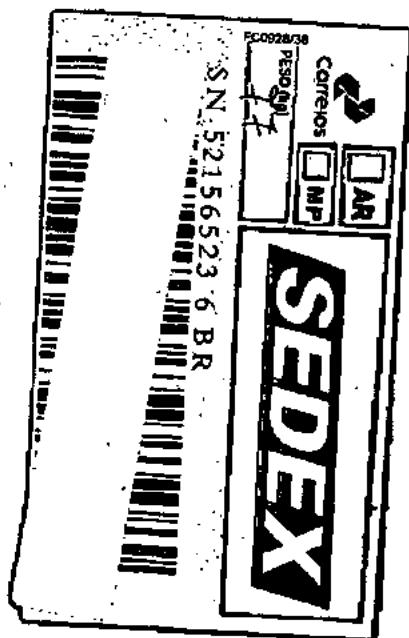
Rua: Senador Donizetti 24.158 andar

CENTRO

RIO DE JANEIRO

Brasil

C.P. 2003 1205



DH



REPRESENTANTE

ESTORIL COSTEIRO DA SILVA

RUA: MONS. BORGES DE SILVA N. 1572

BARRA: DEORNTHES

BARRA DO NORTE

CEARÁ

CEARÁ

CEARÁ

CP: 63018 - 040

**SINISTRO 3170339552 - Resultado de consulta por beneficiário**

## VÍTIMA GILMAR CAETANO DA SILVA

## **COBERTURA Invalidez**

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO: SEGURADORA LIDER DPVAT -  
OPERAÇÃO CORREIOS**

## **BENEFICIÁRIO: GILMAR CAETANO DA SILVA**

**CPF/CNPJ: 01235236307**

Posição em 23-08-2017 13:48:30

Pedido de indenização cancelado.

3140339552

Jan C.

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357944/17

Vítima: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF: 012.352.363-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: GILMAR CAETANO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

DUT

Outros

**GILMAR CAETANO DA SILVA : 012.352.363-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/09/2017  
Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA  
CPF/CNPJ: 012.352.363-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2017  
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU  
CPF: 110.123.037-13

GILMAR CAETANO DA SILVA

LIA NAZARETH NEVES PALAU

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2017

Carta nº: 11204691

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170339552 ASL-0236468/17

**Vitima:** GILMAR CAETANO DA SILVA

**Data Acidente:** 14/05/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11220561

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170339552 ASL-0236468/17**

**Vitima: GILMAR CAETANO DA SILVA**

**Data Acidente: 14/05/2017**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **12/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11385765

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

**Sinistro:** 3170339552 ASL-0236468/17  
**Vítima:** GILMAR CAETANO DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11434823

A/C: GILMAR CAETANO DA SILVA

**Sinistro:** 3170339552 ASL-0236468/17  
**Vitima:** GILMAR CAETANO DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

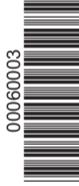
Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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 PAC**

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, GILMAR COETANO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG N° 2002303403633

EXPEDIDO POR SSP-C

EM 01/12/15 E

CPF 012352363-07 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO RECURSUS-ME  
E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSUS(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILMAR COETANO 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 POUPIANÇA 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 (neste 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 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000057455  
Operação 001

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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.

J. Donoré 02 de JUNHO de 2017  
LOCAL E DATA

Gilmar Coetano 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





## AUTORIZAÇÃO DE PAC

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, GILMAR COETANO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG N° 2002303403633

EXPEDIDO POR SSP-C

EM 01/12/15 E

CPF 012352363-07 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO RECURSUS-ME  
E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSUS(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILMAR COETANO 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 POUPIANÇA 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 (neste 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 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000057455  
Operação 001

### PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Donoré 02 de JUNHO de 2017  
LOCAL E DATA

Gilmar Coetano 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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

FLS.

PDR/CA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 5938 / 2017

*Dados da Ocorrência*Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 15:57:23**Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2017 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MANUEL BARRETO DA SILVA**

Complemento:

Bairro: **PEDRINHAS**Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*Nome: **GILMAR CAETANO DA SILVA**Nascimento: **16/11/1985** CPF: **012.352.363-07**RG: **2003034030633** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Militação: **LUIZA CAMPOS DA SILVA****MARIO CAETANO DA SILVA**Endereço: **RUA MANOEL BARRETO DA SILVA, 1577**Bairro: **PEDRINHAS**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98843-3204***Dados da(s) Veículo(s)*1) Placa: **NQ08377** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:**9C2JC30708R753165** Renavam: **155979108** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**Proprietário: **GILMAR CAETANO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **ENVOLVIDO***Histórico*

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito, ANEXA CÓPIA DO CRLV; QUE, é habilitado (a): CAT: AE; VAL.: 24/09/2020, ANEXA CÓPIA; QUE, vinha no endereço supracitado quando ao tentar frear em um cruzamento, houve falha mecânica e faltou freio, então acabou freando com o dianteiro, neste momento caiu e de forma que a moto ficou sobre seu tornozelo direito; QUE, fora socorrido (a) por populares para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC; QUE, segundo prontuário de atendimento nº 146859, a hipótese diagnóstica foi de FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCÉLIO, ANEXA FICHA DE ATENDIMENTO; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse./////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA JULIETTE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0



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

FLS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 5938 (2017)

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Juliano Marcula de Almeida Lima*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3



SEGURODA LIBER DATA 7 6 12-JUN-2017 15:18 274388 1/1

**CARTÓRIO PARIZ**

A presente fotocópia confere com a original exibida  
Agora, Notas, DOU, RJ, Juazeiro do Norte-Ceará.

**CARTÓRIO PARIZ**  
17 de MARÇO  
Antônio Maurilio Gomes de Souza Junior  
ESCREVENTE AUTORIZADO  
Maxwell Pires Xavier

(EM:1,28)(FE:0,05)(SE:0,84)(E:0,06)(PR:0,06)(IS:0,03)(TT:2,32)





FLS.

PÚBLICA



**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 5938 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**Data / Hora da Comunicação: 24/05/2017 15:57:23**

**Data / Hora da Ocorrência: 14/05/2017 09:00:00**

**Endereço da Ocorrência: RUA MANUEL BARRETO DA SILVA**

**Complemento:**

**Bairro: PEDRINHAS**

**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**Ponto de Referência:**

**Dados da(s) Vítima(s)**

**Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA**

**Nascimento: 16/11/1985 CPF: 012.352.363-07**

**RG: 2003034030633 Orgão Emissor: SSP**

**UF: CE**

**Filiação: LUIZA CAMPOS DA SILVA**

**MARIO CAETANO DA SILVA**

**Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA, 1577**

**Bairro: PEDRINHAS**

**CEP:**

**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**País: BRASIL**

**Telefone: (88) 98843-3204**

**Dados da(s) Veículo(s)**

**1) Placa: NQ08377 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:**

**9C2JC30708R753165 Renavam: 155979108 Tipo do Veículo:**

**MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN Ano Fabricação:**

**2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor: CINZA**

**Proprietário: GILMAR CAETANO DA SILVA Situação: NÃO INFORMADA**

**Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que, na data, hora e local, acima informados, conduzia o veículo, acima descrito, ANEXA CÓPIA DO CRLV; QUE, é habilitado (a): CAT: AE; VAL.: 24/09/2020, ANEXA CÓPIA; QUE, vinha no endereço supracitado quando ao tentar frear em um cruzamento, houve falha mecânica e faltou freio, então acabou freando com o dianteiro, neste momento caiu e de forma que a moto ficou sobre seu tornozelo direito; QUE, fora socorrido (a) por populares para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC; QUE, segundo prontuário de atendimento nº 146859, a hipótese diagnóstica foi de FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCOLO, ANEXA FICHA DE ATENDIMENTO; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse./////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**MARIA JULIETTE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0**



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

FLS

FUNERICA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 5938 / 2017  
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Juliano - Delegado de 5 dias*

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL / 2017 / 12-04-2017 10:18 274398-11

CARTÓRIO PARIZ

A presente fotocópia confere com a original exhibida

Notas. DOU 08. Juazeiro do Norte-Ceará.

CARTÓRIO PARIZ  
11/04/2017  
Antônio Maurilio Gomes de Souza (Assinatura)  
ESCREVENTE AUTORIZADO

*Antônio Maurilio Gomes de Souza*

Xavier

[EM:1,28][FE:0,05][SE:0,84][CR:0,06][O:0,08][SS:0,03][TT:2,32]





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE L

Eu, GILMAR COETÂNEO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 8003034030633 e inscrito no CPF/MF sob o nº 012.352.363-07, residente e domiciliado na Rua: MANOEL RODRIGO DA SILVA N: 1577, Cidade GUARUJA DO NORTE, Estado CEARA, 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
- (x) 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.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SEGURO LÍDER DPVAT 7 1 12-10-2017 15:18 274392 141

Local e data

**EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUE (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX Perna D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

**PREScrição**

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR  CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG + RET PS S/N

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL** Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

SERVIDOR LINER SPART 7 4

2017-05-14 15:18:274385 V1





**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE I.**

Eu, GILMAR CRISTIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 8003034030633 e inscrito no CPF/MF sob o nº 012.352.363-07, residente e domiciliado na RUA: MUNOÉL BARRETO DE SILVA N.º 1577, Cidade QUEZON DO VALENTE, Estado CEARÁ, 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

(4) 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.

**Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação**

**Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação**

ESTATE OF / 17-JUL-1918 2/4382

Quicenro do Norte-CE 02-06-2017

### Locate data



## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA

Admissão: 14/05/2017 09:35

Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204

Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA

Sexo: Masculino RG: 2003034030633

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP Bairro: PEDRINHAS

Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ

Horário 14/05/2017 09:41

Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAMIR SAMAAN FILHO CRM: 16346 Nº: 374461 Horário 14/05/2017 09:

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOZELO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.

EF

BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15  
SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR  
PERFUSÃO DISTAL OK  
ESCORIAÇÕES PELO CORPO

ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

## EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 00000005745-5

---

Nr. da Autenticação 452E6DE73955DDB5



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GILMAR COSTA DO SILVA

RG nº 2003034030633, data de expedição 01/12/2015, Órgão SSS-CE,

CPF nº 012.352-363-07, 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: MANOEL BARRETO DO SILVA</u>
Número	<u>N. 1577</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>DEDRINHOS</u>
Cidade	<u>QUINTAL DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63018-070</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 999091667 ou 881988783618</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: QUINTAL DO NORTE-CE 02-06-2017

Assinatura do Declarante: Gilmar Costa do S. -/s



DADOS DO CLIENTE

Nome: GILMAR CRETANG DA SILVA  
End. Leitura: RUA MANOEL BFRRETO DA SILVA, 1577, PEDRINHAS

Cidade: JURÉIA-CE

CEP: 63018-070

End. Entrega:

Cidade:  
Local: 021 Setor 012 Ofício 016 Lote 0107 CEP: 00000  
Subsector: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial 001 | Comercial 000 | Industrial 000 | Pública 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
	R10FS127-1G	1227	1234	17	17

DATAS

Leitura Atual: 27/01/2017 Emissão: 27/01/2017 | Leitura Anterior: 28/03/2017 | Próxima Leitura: 31/03/2017 | Leitura Água: | Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Car	Coliformes Totais	Escherichia Coli
100	100	100	100	100	100
150	100	100	100	100	100
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.  
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA		13,52	Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
JUROS DE 0,0037 R\$ 0,00		0,01	FEV/16	15	0
HULTRA DE 2%		0,60	MAR/16	17	
			JAN/16	14	
			JUL/16	17	
			FUB/16	18	
			SET/16	20	
			OUT/16	21	
			NOV/16	21	
			DEZ/16	15	
			JAN/17	14	
			FEB/17	16	
			MAR/17	16	

TRIBUTOS Sobre o Faturamento		SUBSÍDIO		Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	
PIS	0,12	VALOR DO SERVIÇO	65,24	
COFINS	2,11	VALOR DO SUBSÍDIO	20,91	
		VALOR TOTAL A PAGAR	44,33	

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
04/2017	09/04/2017	44,33

COMO PAGAR SUA FATURA

Bancos: Sicred, BNB, Itaú, BKC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Altere já seu serviço. Consulte sua agência.

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

Mais informações pelo telefone 0800 275 0193, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria Cagece 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 153. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



DADOS DO CLIENTE		33796707307013	0121	01/2017
Inscrição	Código de Responsável			Mês/Ano
Local: 021	Setor: 012	Ofício: 016	Lote: 0107	Comp: 0000
	Subsector: 00	Subquadra: 00		

Cidade: JURÉIA-CE Vencimento: 09/05/2017 Total (R\$): 44,33

82680000000 0 443J0009000 0 02241893801 9 00068322015 6





**PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA**

**DATA NASC: 16/11/1985**

**DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017**

**CONVÊNIO: AFAGU**

**PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**

**SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO**

## LAUDO

### ACHADOS:

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fibula e tíbia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

SERVIÇO DE LITERATURA 7 4 12-00-2017 15/08/2018 224386 11

**Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA**

MÉDICA RADIOLOGISTA

CRM 10451



### Documentacao medico - hospitalar

**Cliniafagu**  
SAÚDE & IMAGEM  
- Completa e Acessível

**PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA**

DATA NASC: 16/11/1985

**DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017**

## CONVÊNIO: AFAGU

## PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

**SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO**

## LAUDO

## ACHADOS:

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fibula e tibia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA  
MÉDICA RADIOLÓGISTA  
CRM 10451

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 3 8 16-JUL-2007 16:37 247108 1/1

## **FICHA DE ATENDIMENTO**

**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 09:35  
Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204  
Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA  
Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP Bairro: PEDRINHAS  
Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41  
Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO  
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
Discriminador: DOR MODERADA  
Sato02:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAMIR SAMAAN FILHO CRM: 16346- NP: 374461- Horário: 14/05/2017 09:42  
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
Exo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II  
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOZELO  
Comorbidade:  
HDA/Exame Físico:  
PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.

Page 1 of 1

EF

BEG, EUPNERCO, ORIENTADO, GCS-13  
SEN1 POR ABA RACAO OSSEIA EXCETI

SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1 MÍCROESQUE TIRE BIM  
PEREUSÃO DISTAL OK

## PERFUSAU DISTAL OR PERFUSORES DE LOS

## ESCORIAÇÕES PELO CORPO

A circular stamp with the text "Hospital Regional do Ceará" at the top, "Autentico" in the center, and "Original" below it. A signature is written across the center of the stamp.

アセタ

Data: 14/05/2017 11:04

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

## EXAME

Name	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

## EXAME

Name	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNAS D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

## PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

Horário:

## EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR  CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG+RET-PS S/N.

## ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



# Dr. Jofrânio Bandeira

Documentação médica - hospitalar

## Clinica Médica - Cirurgia



- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

*Pelopílio no joelho*

O paciente Gilvino Col-  
faco da Silva sofreu ei-  
fusão de joelho no dia 14  
de maio de 2017 que resulta-  
ceu em fratura do joelho  
(tibio e fíbula) 1/3 perito  
Recebeu tratamento (in-  
cilições) com gesso - 30 dias  
Apresenta seguimento  
no (limite de 40% da mo-  
vilização da joela fixo).  
Recebeu alta definitiva  
no dia 18/03/2017.

SEGUIMENTO LIGERAMENTE

01-03-2017 12:15:55

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas  
MÉDICO  
CREMEC: 6795

21/03/2017.

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil  
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 09:35  
 Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mes(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204  
 Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA  
 Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE  
 CEP Bairro: PEDRINHAS  
 Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41  
 Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO  
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
 Discriminador: DOR MODERADA  
 Sato02:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SAMIR SAMAAN FILHO CRM: 16346 Nº: 374461 Horário 14/05/2017 09:41  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA.II  
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCÉLIO  
 Comorbidade:  
 HDA/Exame Físico:  
 PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. INEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.  
 EF  
 BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15  
 SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEIA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR  
 PERFUSÃO DISTAL OK  
 ESCORIAÇÕES PELO CORPO



ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNAS D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOCOLO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

### PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição:

Horário:

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR CD: TALA + MED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG + RET PS S/N

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

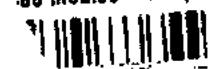
Referência para:

Óbito



SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA - 1  
2017-05-14 09:44:53

liso medico - hospitalar



**Cliniafagu**  
SAÚDE & IMAGEM  
Completa e Acessível

**PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA**

**DATA NASC.: 16/11/1985**

**DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017**

**CONVÊNIO: AFAGU**

**PROCEDIMENTO: RÁDIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**

**SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO**

## **LAUDO**

### **ACHADOS:**

- Fraturas em fase de consolidação no terço distal da fibula e tibia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

*U. M. F.*

**Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA**

**MÉDICA RADIOLÓGISTA**  
CRM 10451

SEGUIMENTO LIDER SAUDAT - 19 16-38-2617 16-37 2471093 11

**Matriz: Rua São Paulo, 901 - Centro  
Juazeiro do Norte-CE**  
**88 2101 0020**

**Av. Ailton Gomes, 2431  
Pirajá - Juazeiro do Norte-CE**  
**88 3571 1874**

[www.cliniafagu.com.br](http://www.cliniafagu.com.br)

**Rua Dr. Miguel Lima Verde, 555  
Centro - Crato-CE**  
**88 3523 3700**

**Rua Henrique Alencar, 58**  
**88 3552 1067**

**FICHA DE ATENDIMENTO**

**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Nome: GILMAR CAETANO DA SILVA Admissão: 14/05/2017 08:35-  
Pront.: 146859 Data Nasc.: 16/11/1985 Idade: 31 ano(s) 5 mês(es) e 28 dia(s) Tel.: 88433204  
Mãe: LUIZA CAMPOS DA SILVA  
Sexo: Masculino RG: 2003034030633 Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP Balneário: PEDRINHAS  
Endereço: RUA MANOEL BARRETO DA SILVA 1577

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário 14/05/2017 09:41

Queixa: PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM ID DECORRENTE DE TRAUMA AGUDO

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: SAMIR SAMAAN FILHO CRM: 16346- NP: 374461 Horário: 14/05/2017 09:42

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Exame: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOZELO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCO. DOR MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS.

EF

BEG, EUPNEICO, ORIENTADO, GCS=15  
SEM DOR A PALPAÇÃO OSSEA EXCETO 1º MTC ESQ E TNZ DIR  
PERFUSÃO DISTAL OK  
ESCORIAÇÕES PELO CORPO



ALTA

Data: 14/05/2017 11:04

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
14/05/2017 09:41:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	JAMARA BATISTA DA CRUZ

**EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX MAO E AP/OBLIQUE (0204040094) AMB	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PERNAS D AP/P (0204060168)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado
RX PÉ D AP/OBLIQ (0204060150)	14/05/2017 09:44	Não	Realizado

### PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

Horário:

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
14/05/2017 00:00	SAMIR SAMAAN FILHO	RX: FRAT MAL LATERAL DIR  CD: TALA + MIED VO RECUSA AM ENC SMS P/ SEGUIMENTO OG+RET-PS-S/N

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito





PACIENTE: GILMAR CAETANO DA SILVA

DATA NASC: 16/11/1985

DATA DA REALIZAÇÃO: 30/05/2017

CONVÊNIO: AFAGU

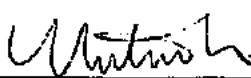
PROCEDIMENTO: RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

SOLICITAÇÃO: DR. ABEL TENÓRIO

## LAUDO

### ACHADOS:

- Fraturas em fasc de consolidação no terço distal da fibula e tibia.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de partes moles.

  
Dra. NÚBIA KENNE BENTO FEITOSA  
MÉDICA RADIOLÓGISTA  
CRM 10451

SECRETARIA LIDER DENTAL 7 8 12-2011-2017 1518 224386 14

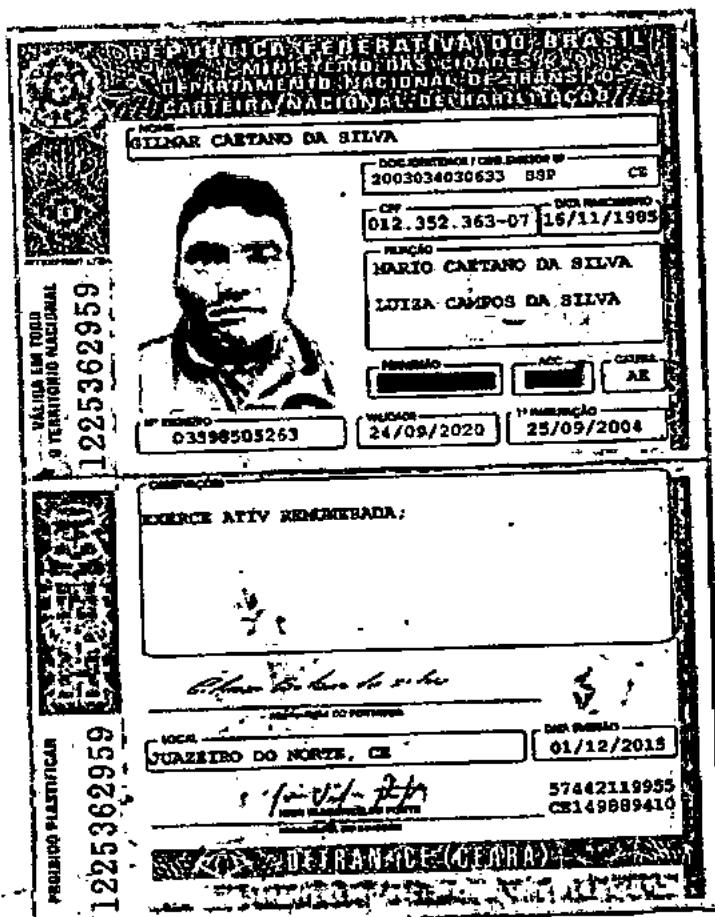
Matriz: Rua São Paulo, 901 - Centro  
Juazeiro do Norte-CE  
88 2101 0020

Av. Ailton Gomes, 2431  
Pirajá - Juazeiro do Norte-CE  
88 3571 1874

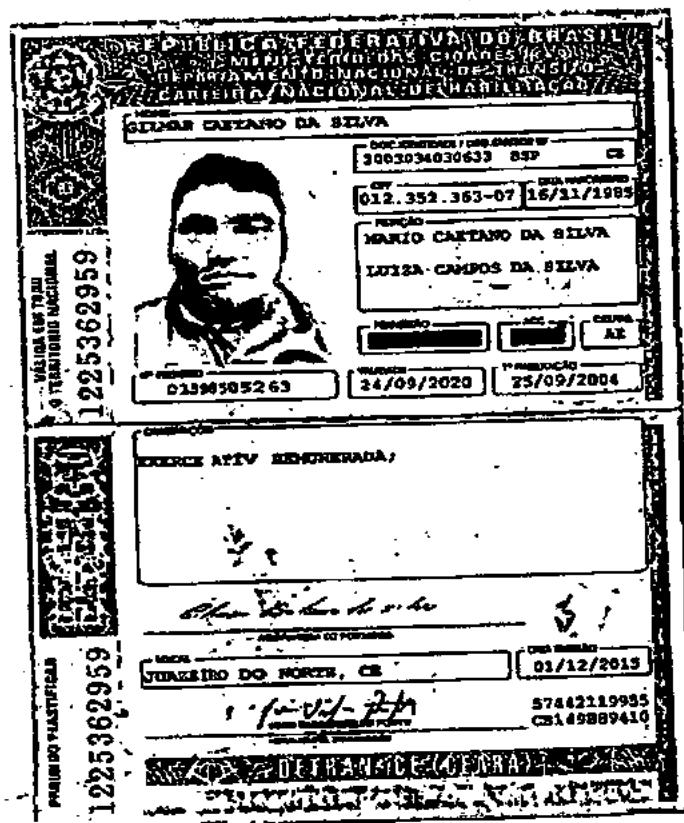
[www.cliniafagu.com.br](http://www.cliniafagu.com.br)

Rua Dr. Miguel Lima Verde, 555 -  
Centro - Crato-CE  
88 3523 3700

Rua Henrique Alencar, 58  
88 3552 1067

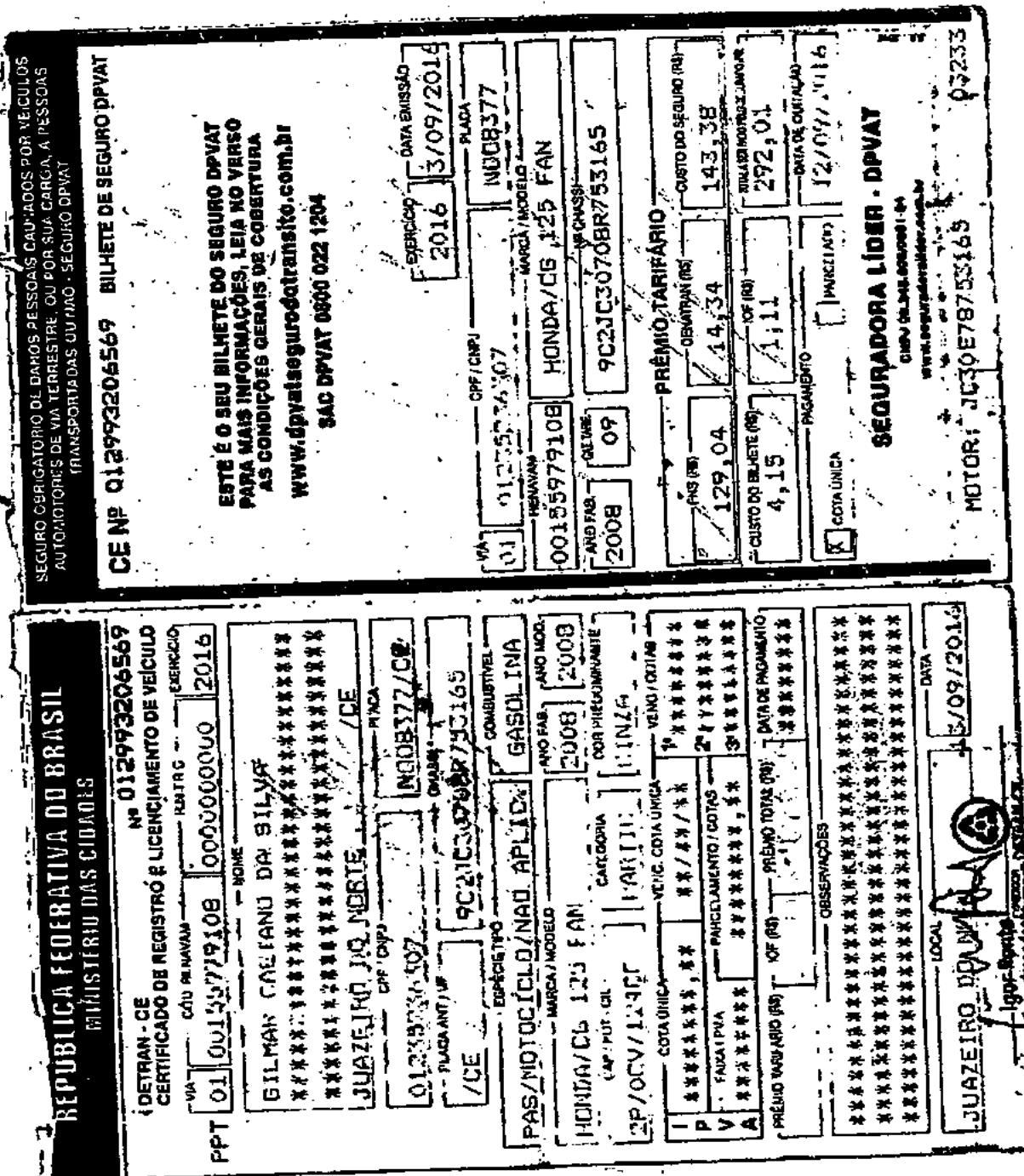


Documentos de identificação



01 0654223333 2011 2 11140 2011 8888888888





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170504815      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILMAR CAETANO DA SILVA      **Data do acidente:** 14/05/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Descrição do exame** VÍTIMA RELATA DOR EM TORNOZELO DIREITO AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA **médico pericial:** APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Renan de Almeida Silva

**CRM do médico:** 12076

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

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

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**