
Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190126866

Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190126866

Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF do Vítima

977.194.633-15

Nome completo da vítima

CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES		CPF titular da conta 977.194.633-15	Profissão AGRICULTOR
Endereço LAGOA DO TOCO		Número 508	Complemento
Bairro TABULEIRO DA VAQUEJADA	Cidade RUSSAS	Estado CE	CEP 62.900-000
Email fagnunxg@hotmail.com		Telefone (DDD) 8899639-1034	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

BRADESCO

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

RUSSAS-CE, 04 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Carlos Cesar de Oliveira Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

RECEBIDO


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 977 194 633-15 CPF do Vítima: 977 194 633-15 Nome completo da vítima: CARLOS CESAR DA OLIVEIRA GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: CARLOS CESAR DA OLIVEIRA GOMES CPF titular da conta: 977.194.633-15 Profissão: AGRICULTOR
Endereço: LAGOA DO TOCO Número: 508 Complemento: _____
Bairro: TABULEIRO DA VAQUETADA Cidade: RUSSAS Estado: CE CEP: 62.900-000
Email: fagnurxg@hotmail.com Telefone (DDD): 8899639-1034

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 696 DV: 3 CONTA: 7283 DV: 4
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: BRADESCO DV: 237
AGÊNCIA: 696 DV: 3 CONTA: 7283 DV: 4
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

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

RUSSAS-CE, 04 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Carlos Cesar da Oliveira Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Impresso nº 2018260462

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4172 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2018 15:53:49**
Data / Hora da Ocorrência: **06/04/2018 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TOURÃO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**
Nascimento: **07/07/1981** CPF:
RG: **2003030048864** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA GOMES**
EDMILSON GOMES MAMEDIO
Endereço: **RUA LAGOA DO TOCO, 508**
Bairro:
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM2819** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2JC4110CR435329 Renavam: **403400961** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
ROXA Proprietário: **JOSE ABIDIAS SEVERO DE MOURA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a vítima que na data e horário acima citados sofreu um acidente de trânsito na localidade de sítio Tourão, quando conduzia a motocicleta de placa OCM-2819 em uma estrada carroçável que liga a localidade de sítio Tourão, zona rural de Russas - CE à cidade de Jaguaruana - CE; QUE o pneu da moto derrapou e veio a cair ao solo; QUE foi socorrido por pessoas do povo que passavam pelo local e ligaram para o SAMU, que esteve presente no local e socorreu a vítima ao Hospital e Casa de Saúde de Russas - CE; QUE fraturou a clavícula esquerda; E NADA MAIS DISSE.////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Carlos Cesar de Oliveira Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) : VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 28/11/2018 16:05:24

Pág. 1 de 1

Impresso em: 28/11/2018 16:05:24



Cartório do 2º Ofício
Hércules Agharian - Titular

Av. Dom Lino, nº 1.151 - Loja 2/3 - Centro - Russas/CE
Tel: (85) 3411-0007 e 34041-0238
cartoriado2oficiodeRussas@gmail.com

Autentico, para todos os fins de direito, que a presente cópia reproduz o original, que me foi apresentado, em Cartório, Dou fe, Russas/CE, 03/12/2018.
Luciana Silva Oliveira - Escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

RECEBIDO



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

Impresso nº 2018260462

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4172 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2018 15:53:49**
Data / Hora da Ocorrência: **06/04/2018 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TOURÃO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**
Nascimento: **07/07/1981** CPF:
RG: **2003030048864** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA GOMES**
EDMILSON GOMES MAMEDIO
Endereço: **RUA LAGOA DO TOCO, 508**
Bairro:
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM2819** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:
9C2JC4110CR435329 Renavam: **403400961** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
ROXA Proprietário: **JOSE ABIDIAS SEVERO DE MOURA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma a vítima que na data e horário acima citados sofreu um acidente de trânsito na localidade de sítio Tourão, quando conduzia a motocicleta de placa OCM-2819 em uma estrada carroçável que liga a localidade de sítio Tourão, zona rural de Russas - CE à cidade de Jaguaruana - CE; QUE o pneu da moto derrapou e veio a cair ao solo; QUE foi socorrido por pessoas do povo que passavam pelo local e ligaram para o SAMU, que esteve presente no local e socorreu a vítima ao Hospital e Casa de Saúde de Russas - CE; QUE fraturou a clavícula esquerda; E NADA MAIS DISSE.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Carla Cam de Oliveira Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) :

Viviane Freire Moreira de Almeida
VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consultado em: 28/11/2018 16:05:24

Pág. 1 de 1

Impresso em: 28/11/2018 16:05:24



Cartório do 2º Ofício
Hércules Aguiar - Titular

Av. D. Carlos de Almeida, 1.231 - Lote 2/3 - Centro - Russas/CE
Fone: (85) 3333-1111 e 3333-1112
www.cartorio2ooficio.russas.ce.gov.br

Autentico, para todos os fins de direito, que a presente cópia reproduz o original, que me foi apresentado, em Cartório, Dou fe, Russas/CE, 07/12/2018.

Luciana Silva Oliveira - Escrevente
VÁLIDO JUNTAMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190126866 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES **Data do acidente:** 06/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CARLOS CESAR DA OLIVEIRA GOMES

CPF da Vítima

977.194.633-15

Data do Acidente

06/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RUISTAS-CE, 04 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

RECEBIDO

Carlos Cesar da Oliveira Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CARLOS CESAR DA OLIVEIRA GOMES

CPF da Vítima

977.194.633-15

Data do Acidente

06/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RUIAS-CE, 04 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Carlos Cesar da Oliveira Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

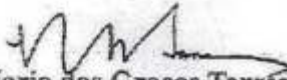
RECEBIDO

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA GOMES**, portador do RG n.º 2003030048864, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 977.194.633-15, no dia 06/04/2018, às 15h20, no município de Russas/CE, na Localidade de Sítio Traíra, vítima de acidente, queda de motocicleta, sendo o mesmo remanejado para o **HCSR – Hospital e Casa de Saúde de Russas**. E para constar eu,

 Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 22 de outubro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

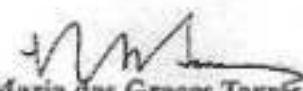
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA GOMES**, portador do RG n.º 2003030048864, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 977.194.633-15, no dia 06/04/2018, às 15h20, no município de Russas/CE, na Localidade de Sítio Traíra, vítima de acidente, queda de motocicleta, sendo o mesmo remanejado para o HCSR – Hospital e Casa de Saúde de Russas. E para constar eu,

 Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de outubro de 2018.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

83890000031-3 86200031202 7 00035395500-7 81263994242-6

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTCE FORTALEZA CE PLS

DATA DE POSTAGEM 22/11/2018

FAGNER XAVIER GOMES
RUA OCEAN LOPES DA SILVEIRA 686
CENTRO
62900-000 RUSSAS CE



72113010/1172014001083514230221110

SABEMI SEGURADORA S/A

27 DEZ 2018

RECEBIDO

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTD/FORTALEZA DE P.R. DATA DE PORTAGEM: 20110216

FAGNER XAVIER GOMES
RUA OCEAN LOPES DA SILVEIRA 606
CENTRO
52900-000 RUSSAS CE



211010216 120143010001400001118

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu FAGNER XAVIER GOMES inscrito (a) no CPF 004.324.173 / 54 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.194.633 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.194.633 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA OCEAN LOPES DA SILVA</u>		Número <u>686</u>	Complemento _____
Bairro <u>VARZEA ALEGRE</u>	Cidade <u>RUISSAS</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62.900-000</u>
Email <u>fagnerxg@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>882145-0119</u>	Telefone celular (DDD) <u>8899639-1034</u>

RUISSAS-CE, 04 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Fagner Xavier Gomes
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu FAGNER XAVIER GOMES inscrito (a) no CPF 004.324.173 / 54 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.194.633 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.194.633 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA OCEANO LOPES DA SILVA</u>		Número <u>686</u>	Complemento _____
Bairro <u>VAZEIA ALEGRE</u>	Cidade <u>RUIJAT</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62.900-000</u>
Email <u>fagner.xg@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>88 2145-0139</u>	Telefone celular(DDD) <u>88 99639-1034</u>

RUIJAT-CE, 04 de DEZEMBRO de 2016
Local e Data

Fagner Xavier Gomes
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

Eu, **JOSÉ ABÍDIAS SEVERO DE MOURA**, RG nº: 3283071-98, data de expedição 15/04/1998, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº: 635.850.063-53, com domicílio na cidade de Russas, no Estado do Ceará, onde resido na Av. Joaquim de Sousa Barreto, 1090, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA GOMES**, cujo o condutor era **CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA GOMES**.

Veículo: **HONDA CG 125 FAN KS**

Modelo: **2012**

Ano: **2011**

Placa: **OCM-2819**

Chassi: **9C2JC4110CR435329**

Data do Acidente: **06/04/2018**

Local e Data: Russas-CE, 19 de novembro de 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2018

RECEBIDO



Jose Abidias Severo de Moura
Assinatura do Declarante

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



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589684

Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589684 Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 06/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00921/00922 - carta_04 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589684 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES **Data do acidente:** 06/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589684 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES **Data do acidente:** 06/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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