

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190591571**

**Vítima: NEIVY ARCENO LIMA**

**Data do Acidente: 28/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KARINE VIEIRA GOMES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA**

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.**

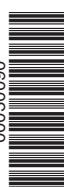
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190591571**

**Vítima: NEIVY ARCENO LIMA**

**Data do Acidente: 28/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KARINE VIEIRA GOMES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

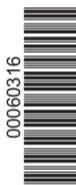
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190591571**

**Vítima: NEIVY ARCENO LIMA**

**Data do Acidente: 28/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KARINE VIEIRA GOMES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190591571**      **Vítima: NEIVY ARCENO LIMA**

**Data do Acidente: 28/03/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KARINE VIEIRA GOMES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NEIVY ARCENO LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: NEIVY ARCENO LIMA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000747**

**Conta: 0000027994-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do visto ou ASL:

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

030.477.573-80 Neivy Arceno Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

Neivy Arceno Lima  
6 - CPF:

030.477.573-80

9 - Número

10 - Complemento:

510

Rosar

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Bairro:

12 - Cidade:

10 - CEP:

11 - E-mail:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63120-000

15 - Telefone:

(89) 99197-9386

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo: Assinale uma opção):

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 07147

CONTA: 27994

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito exíste)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo estando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do Valef recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]:**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro (nasceram)?  
 teve irmãos? Vivos: Falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando esclarecido, ainda, de que qualquer omissão da declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Bratisa - CE 03.10.2019  
neivy Arceno Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASU:

390/591571

3 - CPF da vítima:

030 477 573-10

4 - Nome completo da vítima:

Nelyvancen Leme

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Nelyvancen Leme

6 - Profissão:

Empreendedora

7 - Rua:

Av. das Pedras

8 - Bairro:

Bratis

9 - Cidade:

Bratis

10 - Estado:

CE

11 - CEP:

63730-000

12 - Telefone:

(88) 99192-9386

13 - Complemento:

14 - Telefone:

15 - Celular:

16 - Email:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

CONTA CORRENTE

Bradesco (237)

Itaú (341)

CONTA CORRENTE

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(informar o agência se existir)

(informar o agência se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(informar o agência se existir)

(informar o agência se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

il que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INFORME O NOME DO BANCO

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INFORME O NOME DO BANCO

Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IMI) para os fins de requerimento de

indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que

• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso

discrepare de seu conteúdo.

INFORME O NOME DO BANCO

23 - Estado civil de edema:

Solteiro  Casado (lo Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos, informar:

Sim  Não

24 - Data do óbito da vítima:

29 - Se tem filhos, informar:

Sim  Não

30 - Vítima deixou nascituro (varascer):

31 - Vítima tem irmãos?

Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim  Não

34 - Vítima deixou pais/vivos?

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data:

Sim  Não

Assinatura da testemunha

Sim  Não

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Sim  Não

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Sim  Não

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

Sim  Não

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3249 / 2019

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **02/10/2019 11:42:46**  
Data / Hora da Ocorrência: **28/03/2019 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR LOCALIDADE DE LAGOA DO JUAZEIRO, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência: **LAGOA DAS PEDRAS DO BRAZ**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **NEIVY ARCENO LIMA**  
Nascimento: **28/05/1986** CPF: **030.477.573-80**  
RG: **2002099060660** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA ARCENO LIMA**  
**ANTONIO PENHA LIMA**  
Endereço: **VILA LOCALIDADE DE LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ**  
Bairro:  
Município: **CRATEUS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99922-2370**

*Noticiante(s)*

Nome: **ACLECIANO BRAZ DE SOUSA**  
Nascimento: **25/07/1982** CPF:  
RG: **2006014152959** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **CREUZA BRAZ DE SOUSA**  
**ANTONIO FRANCISCO BRAZ**  
Endereço: **VILA LOGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99922-2370**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **HXR6257** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC08507R010487** Renavam: **896922901** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **ANTONIO FRANCISCO BRAZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

Informa a declarante que pilotava a MOTOCICLETA de Placa: HXR6257 HONDA/CG 150 TITAN ES, na estrada carroçável da localidade de LAGOA DAS PADRAS DOS BRAZ, a uma velocidade de 50km/h, levando como passageiro sua companheira de nome: NEIVY ARCENO LIMA; QUE desequilibrou a motocicleta ao passar em um buraco e perdeu o controle, vindo a cair ao solo com a passageira; QUE ergueram-se e seguiram caminho; QUE trouxe a passageira e vítima até o HOSPITAL SÃO LUCAS, situado nesta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE a vítima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 2019698979



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3249 / 2019

apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 037131, relatando: "PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA ESCORIAÇÕES GENERALIZADA, ALGIA EM MSE COM DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO"; QUE apresenta como testemunha não ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: ELISANDRA BATISTA DO NASCIMENTO, RG: 2002099054482 E CPF: 018.683.373-32, relatando não ser testemunha ocular, afirmando ter visto a vítima em sua residência com as lesões supracitadas após receber atendimento HOSPITALAR.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Neyvy Arceno Lima*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

*Adeciiano Braga de Sousa*

*Elisandra Batista do nascimento*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do Vínculo ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030.477.573-80 Neivy Arceno Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

6 - CPF:

030.477.573-80

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

9 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

10 - Zona Rural

Bratins

11 - E-mail:

Neivylima1607@ymail.com

15 - Telefone:

(89) 99197-9386

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 07147

CONTA: 27994

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito exíste)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo estando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do Valef recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]:**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro (nasceram)?  
Vivos: Falecidos:  
Avós: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando esclarecido, ainda, de que qualquer omissão da declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MÓTE  
NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

40 - Local e Data:

Bratins - CE 03.10.2019  
neivy Arceno Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: NEIVY ARCENO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 00000027994-3

---

Nr. da Autenticação F300B3FA97B5F68E



**DADOS DO CLIENTE**

Nome: KARINE VIEIRA GOMES

End. Leitura: AV SGT HERMINIO, 1723, A, CENTRO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 009

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

**ECONOMIAS**

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A09F001897	802	802	0	0

**DATAS**

Leitura Atual: 11/07/2019 Emissão: 02/09/2019 Lacre Água: 6503380  
 Leitura Anterior: 11/06/2019 Próxima Leitura: 10/08/2019 Lacre Esgoto:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:**

05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Análisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	049	008	050	050

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Diga não ao abuso e a exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.

Constatamos débito de R\$ 187,22. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	1/1	1,82	JAN/2019	0	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	5/5	91,37	FEV/2019	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	1,67	MAR/2019	0	0
			ABR/2019	0	0
			MAI/2019	0	0
			JUN/2019	0	0

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO:**

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,91	VALOR DO SERVIÇO	94,86
COFINS	4,53	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	94,86

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2019	05/08/2019	94,86

**Onde pagar sua fatura**

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, 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: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia 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**

Inscrição: 0027600289

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2019

Local: 029

Setor: 9

Quadra: 0027

Lote: 0186

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento:

Total (R\$): 94,86

82630000000-5 94860009600-2 02760028901-4 02012331065-6



## 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 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 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 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 Hairine Núbia Lemos inscrito (a) no CPF 030.341.693-96,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hairine Núbia Lemos inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 030.477.537-10, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima  
Hairine Núbia Lemos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.477.537-10, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. São João Perminio</u>	Número <u>1723</u>	Complemento <u>largo</u>
Bairro <u>Ventre</u>	Cidade <u>Bratislava</u>	Estado <u>CE</u>
Email <u>hairine.nubia1970@yahoo.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(88) 991001-9396</u>	Telefone celular (DDD)

Bratislava - 05 de Outubro de 2019  
Local e Data

Hairine Núbia Lemos  
Assinatura do Declarante



## **DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capital e regiões metropolitanas:** 4020-1595 / **Outras regiões:** 0899 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para diferentes audiências de fala): 0800 022 12 06 | Central Quadrofones: 0800 021 81 35

*Eu, ANTONIO FRANCISCO BRAZ*

RG nº 2019079798-8, data de expedição 14/05/2019

Órgão SSP, portador do CPF nº 233840853-53,

com domicílio na cidade de CRAVEJAS, no Estado de

CÉARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

# UGUA DAS PEDRAS DO BRAZ

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o vósculo abaixo

mentado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima.

NEIVY ARCENO LIMA . cui o condutor era

## Reflexiones Proy. de Sonda.

Veículo: Moto Modelo: HONDA-CB-250-TITAN-ES Ano:

Placa: HXR-6257 Chassi: 9C2KC08507R010487

**Data do Acidente:** 28/10/2019

Local e Data: Botafogo, RJ 09.09.2019

ANT-FR-Antonio Francisco Ríos CAVALLANTE CARTÓRIDO

### Assinatura do Declarante

CARTÓRIO  
CAVALCANTE  
39 OFICIO

ACLO + Alecríano Bráz de Souza

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



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade.

DEPT. OF STATE 15-CE

09 SET. 2019  
Em Teste  de Verdade.

- Bel Silvana Barreto Cavalcante  
 Junior Pimentel Ferreira  
 Soraya Barreto Cavalcante

*20/03/2019*

Nesta Documento é  
Feito Apresentado o Seu Nro 03, Considerando,  
Autorização da TCE, na Portaria  
MP-L-2004/2019, Publicada no Diário da  
Justiça em 20/03/2019

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037131	Atendimento 0020	Nome do Paciente NEIVY ARCENO LIMA	CNS 898004544773476	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2002099050660			Estado Civil Outro	Sexo Feminino
Data de Nascimento 28/05/1986	Local CRATEUS/CE			Idade: 32 Ano(s)
Pai ANTONIO PENHA LIMA		Mãe MARIA ARCENO LIMA		
Endereço CAMPO LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjugue ARCELCIANO BRAZ DE SOUSA		Telefone 88 99626667
Responsável ARCELCIANO BRAZ DE SOUSA	CPF do Responsável	Endereço CAMPO LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAZ, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 28/03/2019	Hora 17:06	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIA NETO			CRM/UF 3289/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	

Observação:

Senha	Data/Hora Liberação 28/03/2019 20:06	Tipo de Saúde Alta					
Sinais Vitais							
Peso (kg) 96.000	Altura (cm) 163,3	T (°C) 36,3	P (bpm) 75	R (impm) 20	PA (mmHg) 112 X 76	Oximetria (%) 98	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 28/03/2019 17:09

Responsável pela Classificação: ALINE SOARES ROSA

Relatório:

Paciente refere acidente de moto, apresenta escoriações generalizada, algia em MSE com dificuldade ao movimento.

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

28/03/2019 20:06:45h Responsável: ANTONIO PIERRE AGUIA NETO CRM-CE 3289

DOR NO OMBRO ESQUERDO

TRAUMA

RX DO OMBRO E EM AP

CONTUSÃO DO OMBRO E

LESÃO DO MANGUITO OTADOR?

SOLICITADO TC DO OMBRO E E US

*Dr. Antônio Pierre Aguia Neto  
TRAUMATOLOGISTA, ORTOPEDICO  
CRM-CE 3289, CRM-RJ 106010*

ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM: 3289

Assinatura Paciente/Responsável

## PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

### Informações da vítima

Nome Completo: Neivy Arceno Lima  
CPF e/ou RG: 030.477.573-80

### Informações do Acidente

Data do acidente: 28/03/2019.

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) acometida(s):

TRAUMA EM OMBRO ESSOUCERO. (MANGUITO ROTADO).

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA POR 45 DIAS.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LIMITAÇÃO DA A.D.M.  
POR TENDINOSIS EM CROSCA LONGA DO BICEPS E SO.  
E CRECITAÇÃO ARTICULAR EM ROTACAO EXTERNA.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: Ombro ESSOUCERO

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

*Dr. Clayton Freire Maia Filho*

*MÉDICO*

*CREMERC 19450*

34-10-19. CRASCO - CC

Local e data da realização da avaliação médica

*+ neivy Arceno Lima.*



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.477.573-80**

Nome: **NEIVY ARCENO LIMA**

Data de Nascimento: **28/05/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/10/2005**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:40:00** do dia **03/10/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **FD80.9285.E27F.D843**



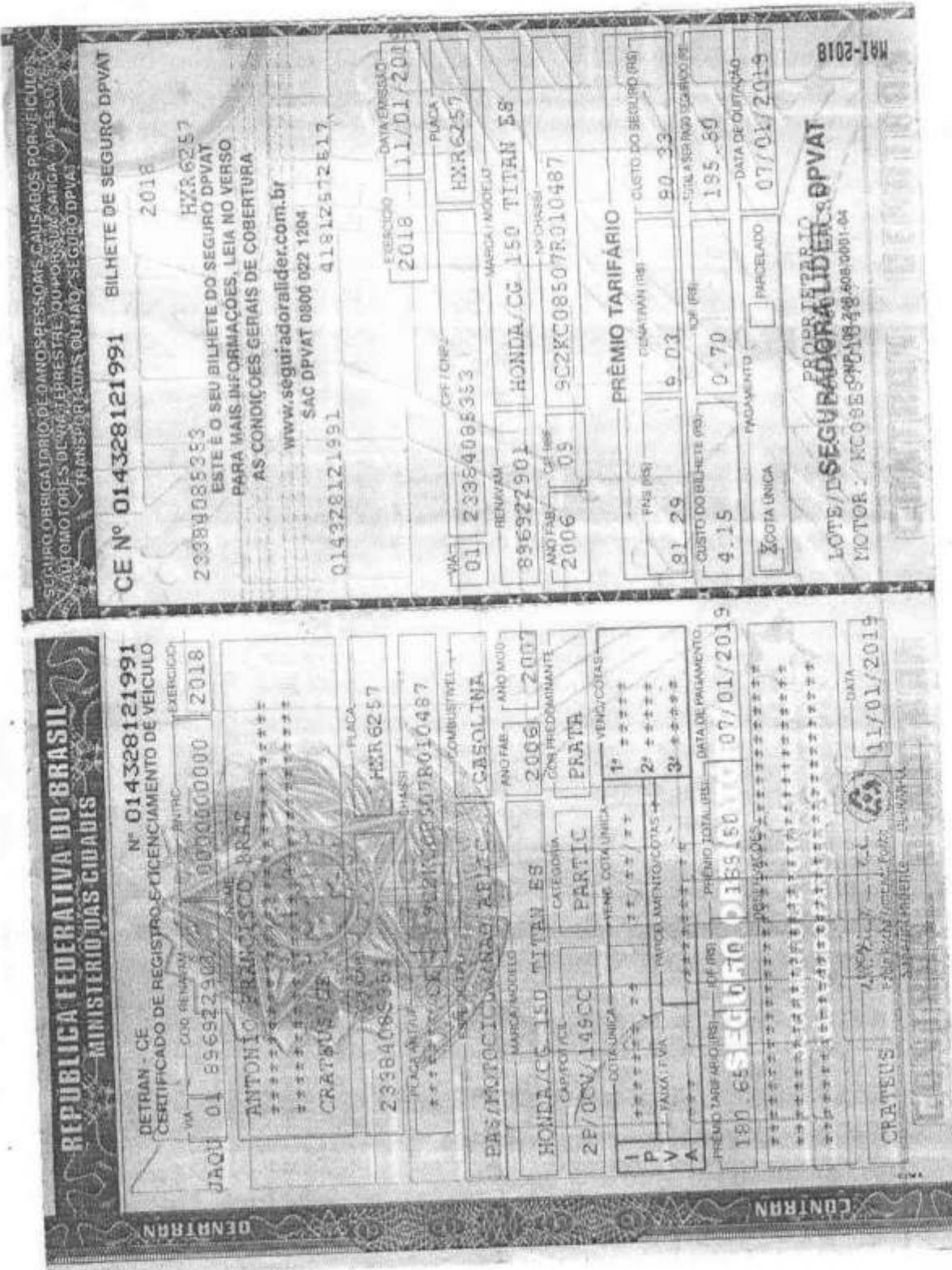
Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
TIPOLOGIA GÊNERO	2003003007470
DATA EMISSÃO	14/11/2018
NAME MUNICÍPIO	KARINE VIEIRA GOMES CRATEÚS
NAME MUNICÍPIO	EVALDO GOMES VIEIRA CRATEÚS - CE
NAME MUNICÍPIO	MARIA QUITERIA VIEIRA GOMES CRATEÚS - CE
NAME MUNICÍPIO	PAULA TEIXEIRA MARQUES CRATEÚS - CE
VALOR	24,00/1992
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 22247 FOLHA: 68 LIVRO: A- 22 CRATEÚS - CE 030-341-693-96	
2 VIA	
LEI Nº 7.111 DE 25/03/1980	
P : 4	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADAS

Nº 014328121991  
MAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

GENERIC

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: **3190591571**

Nome do(a) Examinado(a): **NEIVY ARCENO LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): PV LAGOA DAS PEDRAS, 0, ZONA RURAL DT LAGOA DAS PEDRAS, 63.700-001, Centro, Crateús/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPDS CE / 2002099060660**

Data e local do acidente: **28/03/2019 - Crateús/CE**

Data e local do exame: **04/11/2019 - Sobral/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador.**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso e conservador para a contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

**Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, devido à redução da mobilidade e força.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

(**)** "Vítima em tratamento"

(**)** "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

**Ombro Esquerdo - Leve - 25%**

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Dr. Greine Freitas Covalente  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e Calígrafia do médico

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190591571      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NEIVY ARCENO LIMA      **Data do acidente:** 28/03/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/03/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e conservador para a contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190591571      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NEIVY ARCENO LIMA      **Data do acidente:** 28/03/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/03/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e conservador para a contusão em região deltoidiana à esquerda com ruptura parcial do manguito rotador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190591571      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NEIVY ARCEO LIMA      **Data do acidente:** 28/03/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.  
ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)**

**Nome:** NEIVY ARCEO LIMA      **Nacionalidade:** BRASILEIRA      **Estado Civil:** SOLTEIRA  
**Profissão:** AGRICULTORA      **Identidade:** 2002099060660      **CPF:** 030.477.573-80  
**Endereço:** PV LAGOA DAS PEDRAS N° S/N **Bairro:** ZONA RURAL  
**Cidade:** CRATEÚS-CE      **CEP:** 63.720-000

**OUTORGADO: (Dados da Procuradora)**

**Nome:** KARINE VIEIRA GOMES      **Estado Civil:** SOLTEIRA  
**Nacionalidade:** BRASILEIRA      **CPF:** 030.341.693-96  
**Profissão:** AUTÔNOMA      **Bairro:** CENTRO  
**Identidade:** 2003003007478      **CEP:** 63700-000  
**Endereço:** AV. SARGENTO HERMINIO Nº 1723  
**Cidade:** CRATEÚS-CE

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 a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do **Sinistro de natureza invalidez** que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr (a) NEIVY ARCENO LIMA ocorrido em 28/03/2019 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/Credito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assina 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.

Local: *Isotinus* UF: 26 Data: 02 de Outubro de 2019

 neivy Arceno lima.  
Assinatura do Outorgante.

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363847/19

**Vítima:** NEIVY ARCENO LIMA

**CPF:** 030.477.573-80

**Data do acidente:** 28/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** NEIVY ARCENO LIMA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### NEIVY ARCENO LIMA : 030.477.573-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: KARINE VIEIRA GOMES  
CPF: 030.341.693-96

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

KARINE VIEIRA GOMES

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363847/19

Número do Sinistro: 3190591571

Vítima: NEIVY ARCENO LIMA

Data do acidente: 28/03/2019

CPF: 030.477.573-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NEIVY ARCENO LIMA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**NEIVY ARCENO LIMA : 030.477.573-80**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: KARINE VIEIRA GOMES  
CPF: 030.341.693-96

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

---

KARINE VIEIRA GOMES

---

Camila Feitosa Pedrosa