

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341683

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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. 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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341683

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO		CPF: 450.595.168-57	Número: 518.	Complemento: Vera
Profissão: Agricultor	Enderéco: Localizada BACREIROS	Estado: CENTRO	CEP: 63.740-000	Tel.(DDD) (33) 9.96232760
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: NOVO ORIENTE			
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **5441** 0 CONTA: **1001156** 6

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **23 MAI 2019**

AGÊNCIA: **0** CONTA: **0**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende 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.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: **Vivos:** **Falecidos:** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Novo Oriente - CE, 23/05/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RG
Francisco Nailson de Oliveira Nascento
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

geilson carlos da silva
 Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Emissão pelo Banco Bradesco S.A., em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

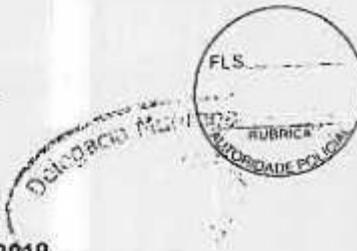
115

23 MAI 2013





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
Impresso nº 2019314603



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 342 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/05/2019 14:55:30**
Data / Hora da Ocorrência: **04/01/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA KM 12**
Complemento: **CE 187**
Bairro: **ZONA URBANA**
Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA**
Nascimento: **25/11/1993** CPF: **450.595.168-57**
RG: **544120103** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA**
JOSÉ EDIVALDO
Endereço: **SITIO LOC. DE BARREIROS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP: **63.740-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99734-7973**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQY2619** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KD04309R016785** Renavam: **168007878** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano:
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **ROZELI ALVES DE AZEVEDO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado; Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

1-Vítima/Condutor

O comunicante declara que no dia 04/01/2019, por volta das 19h30min, sofreu um acidente de trânsito; QUE o comunicante conduzia a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS KS, PLACA NQY2619, COR VERMELHA, LICENCIADA E REGISTRADA EM NOME DE ROZELI ALVES DE AZEVEDO, sua tia; QUE estava se deslocando da sede do município para casa, localidade de Barreiros; QUE no KM12, próximo as casas, dois ciclistas adentraram a via, tendo o comunicante não conseguido desviar, vindo a colidir com um deles; QUE o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo uma forte pancada no ombro esquerdo e um corte profundo no joelho esquerdo; QUE o ciclista sofreu apenas escoriações de leve; QUE os ciclistas aparentavam estarem sob efeito de bebida alcoólica; QUE populares acionaram a ambulância do Hospital local; QUE o comunicante foi socorrido para Hospital; QUE passou a noite em observação e no outro dia, bem cedo, foi encaminhado para o Hospital São Lucas, em Crateús-CE; QUE foi realizado exame de Raio-X, evidenciando fratura em sua clavícula; QUE teve seu ombro imobilizado com gesso, tendo passado 3 meses com o gesso. E nada mais disse

Julia Alves
Xerife
Delegacia Municipal de Novo Oriente

Consolidado em: 14/05/2019 15:37:42

Pág. 1 de 2
Impresso em: 11/05/2019 15:37:42

Francisco Nailson de Oliveira no conerto



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
Impresso nº 2019314603



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 342 / 2019

Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 16/01/2019, conforme laudo pericial nº 190.633-01/2019P. Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 4 meses após o acidente.

2-Testemunhas:

2.1 FRANCISCA VIVIANE DE SOUSA CHAGAS, CNH nº 06349754575, Endereço: Reside à Rua Álvaro Coelho, 539, Bairro Alto da Colina, Novo Oriente-CE, Tel.: (88) 996143301

Fa. Viviane de S. chagas

2.2 JOSÉ ISMAEL DE ARAÚJO SOUSA, RG.: 2009099072909, Endereço: Localidade de Barreiros, zona rural de Novo Oriente-CE, Tel.: (88) 999696984

José Ismael de Araújo Souza

3- DADOS DO VEÍCULO ACIMA DESCritos.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Júlia F. R. Costa Júlia F. R. Costa
"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Neilton de Oliveira nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

23 MAI 2019

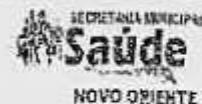
CÓPIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

CNPJ: 11.389.692/0001-28

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DA: A: 04/01/19

NOME: *Fábio da Silva Souza Chaves Nogueira*

NOME DA MÃE: *Márcia da Silva Chaves*

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO: *25/12/63*

IDADE: *55*

CARTÃO SUS: *211127710000*

SEXO: *M*

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO: *Bonitinho*

CIDADE: *Novo Oriente*

PA: MMHG

DX: MG/DL

TEMPERATURA: *36°C*

1. SINAIS E SINTOMAS:

NEGA ALERGIAS

PACIENTE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE mm 55 e mm 11, CONSCIENTE E ORIENTADO ONDE

*2. DIAGNÓSTICO: DERRAME TORACICO COM OUTRA PESSOA
ACHADO EM VIA PÚBLICA, ONDE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO E ATROGOLOU UMA TERCEIRA PESSOA, SEGUNDO O MES-
MO REFERIU.*

3. CONDUTA:

01 FA DEXAMETASONA 10MG I.M.

02 21-25-2

01 FA VOLTAREN 75MG, I.M.

21-25-2

Dr. Clayton Preto - Med. Pedi.

MÉDICO

CREMERC 19150

ASS. MÉDICO

Tatiane Ville Araújo

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

23 MAI 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 570364727

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

ABR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE
3040982 DV 9

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota	31 038006 03 089005	Medidor	Poste
Nome	FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA NASCIMENTO	4954208	0000 0
Endereço Postal			
End. da Unidade Consumidora	PV BARREIROS 00000 STO ANTONIO CRATEUS 63700000		
RG / CPF / CNPJ	885.478.093-68	CGF	
Classe	B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA	Fator de Potência	0
Leitura Atual	6614	Leitura Anterior	6499
Constante	1	Consumo (kWh)	115
Consumo Incl.	0	Consumo Faturado	115

Quantidade (Q) | Tarifa (C) | Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,17436	5,23
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,29891	20,92
Consumo faixa 101-220 Kwh	15	0,44837	6,73

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-43,77
MULTA MORATÓRIA	0,76
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,22
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT	8,91

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leratura

CONTROLE FISCAL

EF30.9E6C.D5B7.EC35.BC8F.F9AE.A773.8047

Base de Cálculo (R\$) | Aliquotas | Valor do Imposto

ISENTO

INFORMAÇÕES SOBRE O VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	17,37
TRANSMISSÃO	1,38
DISTRIBUIÇÃO	10,20
ENCARGOS SETORIAIS	2,31
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,84

PERÍODO DE FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,74

Conjunto CRATEUS

Mês FEV/ 2019

Período Individual	Apuração Individual					
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,07	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,78			0,07		

CONSUMO MENSAL (última 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **3040982-9** Nº da Nota Fiscal: **570364727** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **23/05/2019** Referência: **ABR/2019** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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 falsa 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 DENILSON CASTRO DANTAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 731.883.183 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Denilson Castro Dantas Inscrito (a) no CPF sob o Nº 450.545.169 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDIZADA, da Vítima FERNANDA VILAS BOAS GOMES DANTAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 450.545.169 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

23 MAI 2019

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	Rua Pedra Caembeira	Número	356	Complemento	CASA
Bairro	Centro	Cidade	Novo Oriente	Estado	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	(88) 9.96332-760	Telefone celular (DDD)	

Neve Cipriano - 02 de Maio de 2019
Local e Data

Denilson Castro Dantas
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rozeli Alves de Azevedo,

RG nº 381957396, data de expedição 13/106/2012,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 784.155.003-00,

com domicílio na cidade de Crato, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LICOLISADE DE BARREIRAS - ZONA RURAL, nº 5/nº,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCA VAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO, cujo o condutor era
FRANCISCA VAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO.

Veículo: MOTO Modelo: Honda/NXR 150 Bros Ano: 2009

Placa: 1VQY2619-CE Chassi: GC2KD04309R016785

Data do Acidente: 04/01/2019

Local e Data: NOVO ORIENTE-CE, 27 de MARÇO DE 2019

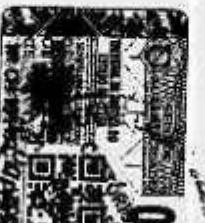
Rozeli Alves de Azevedo

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO
Pinho
2º Ofício

[] Bel, MANOEL ALEXANDRE DE PINHO
[] Níbia Coelho da Pinho
[] Maria Araújo Telxira
[] Camarina Lira da Souza



CARTÓRIO Pinho 2º OFÍCIO
Maria Araújo Telxira
Escrivana Substituta

23/04/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

CNPJ: 11.389.692/0001-28

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DA A: 04/04/19

NOME: Francisco Alves da Silva, Vilem

NOME DA MÃE: Novide Lopes da Silva, Vilem

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO: 25/12/43 IDADE: 75 -

SEXO: M ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO: Boa Vista

CIDADE: Caxias

PA: X MMHG DX: MG/DL

TEMPERATURA: °C

1. SINAIS E SINTOMAS: NECA ALERGIAS

PACIENTE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE mm 55 e mmii CONSCIENTE E ORIENTADO ONDE

3. DÍAGNÓSTICO: REFGRE TCR COUDIDO COM OUTRA PESSOA
ACHADO EM VIA PÚBLICA, ONDE ESTAVA ACOMPANHADO SUA MO-
TO E AMARGOU UMA TERCEIRA PESSOA, SEGUNDO O MES-
MO REFERE.

3. CONDUTA:

'Q) FA DEMATESONA 10MG I.M. / 21:15'

'Q) FA VOLTRANEM 75MG. I.M. / 21:15'
Dr. Magdalena Melo Ribeiro

MÉDICO

CREMEC 19150

ASS MÉDICO

X Tatiane Vale Araújo

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Fronteário 143015	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO	CNS 160409978780005	Título de Autorização
Documento(s) Identidade: 544120103			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 25/12/1993		Local CRATEUS/CE	Município CRATEUS	Idade 25 Ano(s)
Pai: JOSE EDIVALDO DO NASCIMENTO		Mae FRANCISCA LOPEZ DE OLIVEIRA	UF CE	Telefone 88997347973
Endereço CAMPO BARREIROS, S/N		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	UF CE
Profissão	Empresa	Conjugue		
Responsável FRANCISCA LOPEZ DE OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BARREIROS, S/N	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/01/2019	Hora 08:06	Convenio SUS	Matrícula	CIC
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 8945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA APARECIDA SOARES XIMENES	

Observação:	Data/Hora Liberação	86	hs.	Type de Saída () Alta	() Internação	() Óbito
Sala						

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (bpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			36,01	107	120	138 X 84	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/01/2019 08:33

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:
paciente vítima de acidente de moto (sic), com dor e em MSD no ombro, escoriações, cefaleia, hematoma em olho direito

23 MAI 2019

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

Travou ombro D
 - dor + limitada mobil
 - fe ombro D - or 09:04 ✓
 - Profund 103 + 102 sf tc → 08:45 ✓
 (D) batte de
 clavicule D
 o, to gesso D

*Assinatura Paciente/Responsável
Responsável, FRANCISCA LOPEZ DE OLIVEIRA*

*Ant. Jochel B. de Souza
Tec. Enfermagem
CORDEIRAS 5122*

*Luis Gláuber Mota Rodrigues
1º LEIAGEN CACAO ORTOPEDICA
MATERIAL HOSPITALAR*

*José F. P. M. da Silva
CHAMADA DE ORTOPEDIA*

*Assinatura Paciente/Responsável
Responsável, FRANCISCA LOPEZ DE OLIVEIRA*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

*ANEXO 1029
ORTOPEDIA*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

54.412.010-3 DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/DEZ/2011

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
NASCIMENTO
JOSE EDIVALDO DO NASCIMENTO

E FRANCISCA LOPES DE OLIVEIRA

CRATEUS -CE DATA DE EMISSÃO: 25/NOV/1993

NOVO ORIENTE-CE
NOVO ORIENTE
CN:LV.:INC./FLS.325/N.001299

212 Delegado de justiça
Roberto Henrique dos Reis ITAGS/PSF

LEIA N.º 316 DE 29/08/93



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
450.595.168-57

Nome

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
NASCIMENTO

Nascimento
25/11/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

23 Mil. 2012

CÓDIGO DE CONTROLE
18F5 CA43.B8D6.739C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pelo:
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 22:22:10 do dia 26/01/2012 (hora e data de Brasília);
dígito verificador: 00



OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Denilson Castro Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CRATEUS, CE
DATA EMISSÃO: 26/08/2014
57862559806
CE143290622
ASSINATURA DO CARGO

973054610

PROIBIDO PLASTIFICAR

23 MAI 2014



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174742/19

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASC

CPF: 450.595.168-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/01/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Titular do CPF: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

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

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 450.595.168-57

- 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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

DENILSON CASTRO DANTAS

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341683 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341683 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:	FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Casado	PROFISSÃO:	Agricultor
RG Nº:	54.412.010-3-SSP-SP.	CPF Nº:	450.595.168-57
ENDERECO:	Localidade de Barreiros	BAIRRO:	Zona Rural
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
CEP:	63.740-000	CELULAR:	(88) 9.96232760

OUTORGADO:

NOME:	Denilson Castro Dantas		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Func. Público
RG Nº:	306102096-SSP-CE	CPF Nº:	781.883.183-53
ENDERECO:	Rua Pedro Carvalhedo, nº 366	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
CEP:	63.740-000	CELULAR:	(88) 996232760

PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza **INVALIDEZ** que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA**, ocorrido em 04/01/2019, 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/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Novo Oriente/CE, 23 de maio de 2019.

Francisco Nailson de O. nascente

Outorgante: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
CPF nº 450.595.168-57

CONSÓRCIO
SEGUROS

23 MAI 2019

CARTÓRIO
Pinho
2º Ofício

J) Ed. MANOEL ALEXANDRE DE PINHO
1) Núbia Coelho de Pinho
1) Maria Azevedo Telles
3) Camerina Lira de Sousa



Reconheço por autenticidade a firma de: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA
NASCIMENTO.

Dado em: Novo Oriente/CE 23/05/2019, em testemunha:
Assinatura

CARTÓRIO 2º Ofício
Assinatura Lira de Sousa
Escrivão Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174742/19

Vítima: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASC

CPF: 450.595.168-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/01/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

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

FRANCISCO NAILSON DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 450.595.168-57

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS
CPF: 781.883.183-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

DENILSON CASTRO DANTAS

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA