

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 02345762357 Nome completo da vítima: Maria Alves de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria Alves de Oliveira CPF: 02345762357  
Profissão: Idosa Endereço: Estreito Número: 50 Complemento: Casa  
Bairro: Rural Cidade: Caracara Estado: CE CEP: 62400000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (88) 99904.9064

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

REDA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0745 CONTA: 29593 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caracara 07.11.18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A RUGO

Maria Alves de Oliveira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Adilson H. B. Pereira  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02345762357 4 - Nome completo da vítima: Maria Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Maria Alves de Oliveira 6 - CPF: 02345762357  
7 - Profissão: 70 par 8 - Endereço: Estrito 9 - Número: 52 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Rincal 12 - Cidade: Camocim 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62400-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (88) 999049064

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0745 CONTA: 29593 3 AGÊNCIA: CONTA:

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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor 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 atenda 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuo (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, 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.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não afibizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camocim 19.09.19

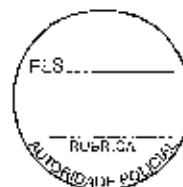
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



Impresso nº 2018192787

BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 3475 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 10:09:20**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/09/2018 22:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE TIMBAUBA**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CAMOCIM/CE**  
Ponto de Referência: **PROX. DA ENTRADA DO CEDRO**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **11/05/1968** CPF: **023.457.623-57**  
RG: **2004023035289** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA FIEL DOS REIS**  
**CÍCERO ALVES DE COLIVEIRA**  
Endereço: **VILA LOCALIDADE DE TIMBAUBA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CAMOCIM/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99443-8009**

**RECEBEMOS**  
30 NOV 2018

Maria Cecília F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Elétricos  
CPF: 023.457.623-57

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: POX6370 Uf: CE Município: CAMOCIM Chassi: 9C2KD1000JR100668 Renavam: 1136674320 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR 160 BROS Ano Fabricação: 2017 Ano Modelo: 2018 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MORAIS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL**

**Histórico**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ALVES DE OLIVEIRA, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS, DE COR BRANCA, DE PLACA POX6370, REGISTRADA EM NOME DE FRANCISCO ANTÔNIO ALVES DE MORAIS, QUANDO, APÓS SE DISTRAIR COM ALGUNS CACHORROS NA ESTRADA, PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL. INFORMA A DECLARANTE QUE, EM DECORRÊNCIA DA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO À CIDADE DE CAMOCIM, SOMENTE COMPARECEU AO HOSPITAL MURILO AGUIAR NO DIA SEGUINTE(05/09/2018), POR VOLTA DAS 05:21:47, ONDE A DECLARANTE FORA MEDICADA, APRESENTANDO UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO. AFIRMA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHA A PESSOA DE ANA CAROLINA DE OLIVEIRA RG Nº 2007900116-0 CPF Nº 61043013393.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

*Maria Alves de Oliveira*

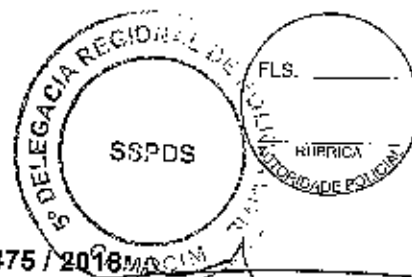
*bid.*  
*Call...*  
*3180564792*  
*0434125118*



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

Impresso nº 2018192787

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 3475 / 2018



RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*[Handwritten signature]*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9

RECEBEMOS

30 NOV 2018

Maria Gertrudes F. Nobre  
Corretora de Seguros Enef  
CNPJ 21.437.735/0001-08





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

Impresso nº 2018192787

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 430 - 3475 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2018 10:09:20**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/09/2018 22:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE TIMBAUBA**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CAMOCIM/CE**  
Ponto de Referência: **PROX. DA ENTRADA DO CEDRO**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **11/05/1968** CPF: **023.457.623-57**  
RG: **2004023035289** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **MARIA FIEL DOS REIS**  
**CÍCERO ALVES DE COLIVEIRA**  
Endereço: **VILA LOCALIDADE DE TIMBAUBA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CAMOCIM/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99443-8009**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **POX6370** Uf: **CE** Município: **CAMOCIM** Chassi:  
**9C2KD1000JR100668** Renavam: **1136674320** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano  
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MORAIS**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ALVES DE OLIVEIRA, COMUNICANDO QUE, NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS, DE COR BRANCA, DE PLACA POX6370, REGISTRADA EM NOME DE FRANCISCO ANTÔNIO ALVES DE MORAIS, QUANDO, APÓS SE DISTRAIR COM ALGUNS CACHORROS NA ESTRADA, PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO, ACIDENTANDO-SE NO LOCAL. INFORMA A DECLARANTE QUE, EM DECORRÊNCIA DA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO À CIDADE DE CAMOCIM, SOMENTE COMPARECEU AO HOSPITAL MURILO AGUIAR NO DIA SEGUINTE(05/09/2018), POR VOLTA DAS 05:21:47, ONDE A DECLARANTE FORA MEDICADA, APRESENTANDO UMA FRATURA NO PUNHO DIREITO. AFIRMA QUE O REGISTRO DO FATO TEM POR OBJETIVO O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT E QUE ESTA CIDADE NÃO DISPÕE DE SAMU, ANJOS DO ASFALTO, IML TAMPOUCO CORPO DE BOMBEIROS. INFORMA AINDA QUE O FATO ACIMA TEVE COMO TESTEMUNHA A PESSOA DE ANA CAROLINA DE OLIVEIRA RG Nº 2007900116-0 CPF Nº 61043013393.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

Consolidado em: 31/10/2018 10:27:26

Pág. 1 de 2

Impresso em: 31/10/2018 10:27:26

*Maria Alves de Oliveira*

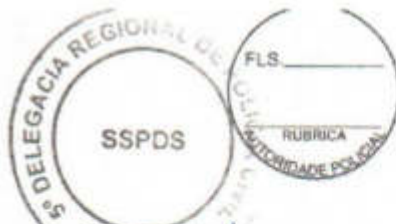


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM



**Impresso nº 2018192787**

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 3476 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSÉ ÉDER TORRE DE SOUSA - MAT.: 198367-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*[Handwritten signature]*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9**

# 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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 02345762357 Nome completo da vítima: Maria Alves de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria Alves de Oliveira CPF: 02345762357  
Profissão: Idosa Endereço: Estreito Número: 50 Complemento: Casa  
Bairro: Rural Cidade: Caracara Estado: CE CEP: 62400000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (88) 99904.9064

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

RECEITA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0745 CONTA: 29593 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caracara 07.11.18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A RUGO

Maria Alves de Oliveira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Adilson H. B. Pereira  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 02345762357 4 - Nome completo da vítima: Maria Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Maria Alves de Oliveira 6 - CPF: 02345762357  
7 - Profissão: 70 par 8 - Endereço: Estrito 9 - Número: 32 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Rinal 12 - Cidade: Corumbim 13 - Estado: LI 14 - CEP: 02400 000  
15 - E-mail: 15 - Tel (DDD): (88) 999049064

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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

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

AGÊNCIA: 0745 CONTA: 29593 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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 atenda 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (pai nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente 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 ciente, 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibricado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Corumbim 19.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Alves de Oliveira



**HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR**

RUA 24 DE MAIO, 695 - CENTRO

PHONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250

CAMOÇIM - CEARÁ - BRASIL

1800045704		05/09/2018 05:21:47		FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA		NOME		3	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
MARIA ALVES DE OLIVEIRA				11/05/1958		50 A 3 M 25 D		898003938246113		00070322	
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE		2004023035289				F				PARDA	
Mãe				Pai		Naturalidade		Nacionalidade		Contato	
MARIA FIEL DOS REIS				CICERO ALVES DE OLIVEIRA		CAMOCIM - CE		BRASIL			
Endereço								Ocupação			
RUA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE											
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Pase	
		URGÊNCIA		DR MEIRELES							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:			
EMERGENCIA								LEONARDO			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem:				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
Lactoprep 14											
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório											
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)											
<input type="checkbox"/> Alta a Previsão <input type="checkbox"/> Internação											
<input type="checkbox"/> Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta:							
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> HRA/Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: leonardo											
Data Hora: 05/09/2018 05:22:28											

# 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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 000000029593-3

---

Nr. da Autenticação E21B7B931EECA894

670

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CPF: 21.487.735/0001-75

Nº do Cliente: 9653233 Refrência: Set/2018  
Data de Emissão: 03/09/2018 Total a Pagar IRLS: 0,00  
Nº da Nota Fiscal: 539616535 Nº de Controle: 0009653233 00001 39012 48

PARA CONFIRMAÇÃO: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.





9647790

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 29 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 180

CEP 60126-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.225/0001-70

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail  
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 07/2019

Rota MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Nome P. ESTREITO, UNICAP

Endereço 62400-000, CAMOCIM

Resid. Baixa Renda

Classificação B1 RESIDENCIAL

Modalidade de Consumo P. Social

Ligação

Referência  
00000, DISTRITO ESTREITO,Emissão 07/07/2019  
Medidor 6288910-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCAL

DATAS DE LEITURA

Anterior 01/07/2019  
Atual 01/07/2019  
Próximo 01/08/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Ant.	Leit. Atual	Consumo Mês (kWh)	Consumo Int. (kWh)	Consumo Ext. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1	10	15	5	0	5	0,12	0,60

DADOS DO FATURAMENTO

Item	TARIFA	VALOR (R\$)
PIS - COMPL. BAIXA RENDA	-	0,12
COFINS COMPL. BAIXA RENDA	-	0,47
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	-16,42
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	-	16,42
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,18233	5,47
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,31310	9,08
COBRANÇA DE PEQUENOS VALORES	0,00300	0,09
PARCELAMENTO NORMAL 3/6	-	42,65
GOIUS ITAIPU	-	25,84
	-	-0,02

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	31,06	0,62	0,20
COFINS	31,06	2,86	0,88

12/07/2019

83,70

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

Emissões (kg CO<sub>2</sub>) 0,00Consumo (kg CO<sub>2</sub>) 0,00Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0

Períodos: Band. Tarif.: Verde: 06/06 - 30/06 Amarela:

01/07 - 08/07





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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=29638>

A Circular SUSEP 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 Andréia Macedo dos Santos inscrito (a) no CPF 31.050.123 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 02.345.7623 / 57 do sinistro de DPVAT cobertura Arrendatário da Vítima Maria Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 02.345.7623 / 57 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>R. Dr. João Thomaz</u>		Número <u>110</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Camacim</u>	Estado <u>AL</u>	CEP <u>624.00000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD) <u>(88) 9904 9064</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9313 1195</u>

Camacim 07 de Novembro de 2018  
Local e Data

Andréia M. S. Santos  
Assinatura do Declarante

**RECEBEMOS**

30 NOV 2018

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eire  
11-21 487.736/0001-0

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguredoralider.com.br](http://www.seguredoralider.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**

**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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andréia Marcelo Lopes Rêcurio  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 310501233 187 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Maria Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 023457623 57  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Alves de Oliveira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 023457623 57, 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>R. Dr. João Thomaz</u>	Número: <u>1120</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Corumbá</u>	Estado: <u>MS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>62400 000</u>	Tel.(DDD): <u>(88) 99049 064</u>

Local e Data: Corumbá 19.09.19

Andréia M. L. Rêcurio  
Assinatura do Declarante

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Antônio Alves de Moraes

RG nº 2002099109252 data de expedição 12/09/02

Órgão SSPCE, portador do CPF nº 02704712352 com

domicílio na cidade de Camaçari, no Estado de

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

R. Maranhão nº 1320

complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Maria Alves de Oliveira cujo o condutor era

Maria Alves de Oliveira

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda NXR 160 BROS

Ano: 2017

Placa: P0X 6370

Chassi: 92KD1000J2100668

Data do Acidente: 04.09.18

Local e Data: Camaçari-CE, 17.09.2018

(3º OFÍCIO)

Francisco Antônio Alves de Moraes  
Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_

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

RECONHECO (assinatura) ( ) Semelhante(s)  
Autêntica(s) (assinatura) ( ) Falsa(s) de  
Francisco Antônio Alves de Moraes  
Dou Fé, Camaçari/CE, em 17 SET, 2018  
[Assinatura]  
☐ Sr. Luzinete Moreira de Castro Guismon-Tafel  
☐ Moisés Otton de Castro Guismon-Suassutut  
☐ Andrea Galilaz Sabain - escrevente Suassutut  
VÁLIDOS SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

RECEBEMOS  
30 NOV 2018

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Exat  
CNPJ 21.487.735/0001-09



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Antonio Alves de Moraes

RG nº 2092099109250 data de expedição 12/09/02

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 02704712352 com

domicílio na cidade de Camocim, no Estado de

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

R. Parandeu, nº 1320

complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Maria Alves de Oliveira cujo o condutor era

Maria Alves de Oliveira

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda NXR 160 Bros

Ano: 2017

Placa: P0X 6370

Chassi: 962KJ1000J2100668

Data do Acidente: 04.09.18

Local e Data: Camocim-CE, 17.09.2018



Francisco Antonio Alves de Moraes

Assinatura do Declarante

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



## HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR

RUA 24 DE MAIO, 688 - CENTRO

FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250

CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

1900015172		05/09/2018 12:16:08		FICHA DE ATENDIMENTO			ORTOPEDIA		MANHÃ		
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
MARIA ALVES DE OLIVEIRA				11/05/1968		58 A 3 M 25 D		898003938246113		00070	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		2004023035289		F		PARDA		CAMOCIM - CE		BRASIL	
Mãe				Pai		Contato					
MARIA FIEL DOS REIS				CICERO ALVES DE OLIVEIRA							
Endereço				Ocupação							
RUA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE											
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenat	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
EMERGENCIA		URGÊNCIA		DR. SERGIO							
Sótor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:					
						NATALIA					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL	
								AO: 1234 RV: 12345		MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO								APROXIMAZAMENTO OBSERVAÇÃO Re - fratura de radius distal Id. Análises + gen. Riter			
Conduta								RECEBEMOS 30 NOV 2018 Maria Casimiro F. Nobre Coordenadora de Seguros Eirel CNPJ 12.149.172/0001-00			
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:								<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
Assinatura do Paciente ou Responsável								Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: natalia Data Hora: 05/09/2018 12:18:14								1833046172			

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
FRANCISCO CLÁUDIO GOMES

  
PREFEITURA DE  
**CAMOCIM**  
Município do Estado do Ceará

  
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

**SUS**  Sistema  
Nacional de Saúde

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Maria Alves de Oliveira

Rx de Punho D

RECEBEMOS  
30 NOV 2018

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-08

CAMOCIM-CE, 05 de Setembro de 2018

ASSINATURA E CRM

Rua da Independência, s/n - Centro, Camocim-CE

RECEBEMOS

Rais X (Fratura)



3180 864792

HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR  
RUA 24 DE MAIO, 898 - CENTRO  
FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250  
CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

0045104	05/09/2018 05:21:47	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		CLÍNICA MÉDICA	NOITE	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ARIA ALVES DE OLIVEIRA		11/05/1968	50 A 3 M 25 D	898003938246113		00070322
Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
ENTIDADE	2004023035289	F		PARDA	CAMOCIM - CE	BRASIL
Mãe		Pai		Contato		Ocupação
ARIA FIEL DOS REIS		CICERO ALVES DE OLIVEIRA				
Endereço: IA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE						
Ass. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
Tipo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
URGÊNCIA	URGÊNCIA	DR MEIRELES				
or	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
URGÊNCIA			LEONARDO			
Sinais Principais						
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
História da Doença: Dor na região punho direito após queda moto.						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
<b>RECEBEMOS</b>						
Exame Físico						
16 JAN 2019						
Diagnóstico: Dor Punho D.						
Maria Gecineide F. Nobre Corretora de Seguros Elétricos CNPJ: 21.487.738/0001-06						
<b>DT - Exames Complementares</b>						
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>APRAZAMENTO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>		
Lactopren 10						
<b>Indicação</b>						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
<b>História</b>						
História do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> História Anatômica Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: leonardo Data Hora: 05/09/2018 05:22:29						
						

HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR  
RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO  
FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250  
CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

100045172 05/09/2018 12:16:06 FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA MANHÃ

paciente MARIA ALVES DE OLIVEIRA Data Nascimento 11/05/1968 Idade 50 A 3 M 25 D CNS 898003938246113 CPF 000703

po Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 2004023035289 F PARDA CAMOCIM - CE BRASIL

Mãe MARIA FIEL DOS REIS Pai CICERO ALVES DE OLIVEIRA Contato

Endereço UA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE Ocupação

Ass. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenat

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Objeto do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Press

URGÊNCIA DR. SERGIO

Registro por: NATALIA

Reixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Exame Físico

Acidente de trânsito  
antena com  
fratura em  
guelho ①

hipótese Diagnóstica

DT - Exames Complementares

☐ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☒ ECG ☐ OUTROS: VAE - por

PRESCRIÇÃO

RECEBEMOS

16 JAN 2019

Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eretel  
CNPJ: 21.487.734/0001-06

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Re - fratura  
de todos dedos ①

Ed - Analgesia +  
Zona Ritos

conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exame de Laboratório? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMC Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: natalia  
Data Hora: 05/09/2018 12:18:14



100045172



CLÍNICA REVIVER

Dr. Ismael Pinheiro

CREMEC: 9179

Atestado

Atento para o senhor  
pelo que Maria Theres  
de Oliveira vítima de  
Acidente de Trânsito  
no dia **04 09 2019**  
apresentando sequelas  
definitiva de fratura  
de punho D e lesão  
neural, com perda  
dos movimentos de

VIRE

Rua Dr. João Thomé, 270, Sala 07 - Centro

Fone: (88) 99787.4229 / 98881.3937 - Camocim - CE



penhas D, movimentos  
 de apreensão de  
 bens D e dos bens  
 aos pequenos espaços  
 físicos na bens D'

18	09
19	Febrero

Dr. Ismael Pinheiro  
 G.O. - Ciências Médicas  
 CRM - 9179  
 Conselho Federal  
 MAT - 0953483



HOSPITAL DEPUTADO MURILO AGUIAR  
RUA 24 DE MAIO, 698 - CENTRO  
FONE: (88) 3621-0744 - (88) 3621-1250  
CAMOCIM - CEARÁ - BRASIL

1800045172		05/09/2018 12:16:06		FICHA DE ATENDIMENTO			ORTOPEDIA		MANHÃ		
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
MARIA ALVES DE OLIVEIRA				11/05/1968		50 A 3 M 25 D		898003938246113		Prontuário	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raza/Cor	
IDENTIDADE		2004023035289		M		F		PARDA		CNS	
Mãe				CICERO ALVES DE OLIVEIRA		Contato		Nacionalidade		BRASIL	
Endereço				RUA - TIMBAUBA - ZONA RURAL - CAMOCIM - CE		Ocupação					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. Peso Press	
Setor		URGÊNCIA		Tipo de Chegada		DR. SERGIO		Procedimento Sol.		Registrado por: NATALIA	
Queixa Principal											
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue											


Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL	
		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)					

Exame Físico		<i>Acidente de trânsito</i>	
		<i>antebraço</i>	
		<i>fratura</i>	
		<i>gesso</i>	
Hipótese Diagnóstica			

SADT - Exames Complementares					
<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG
VAE - <i>for</i>					

PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
		<i>Re-primária</i>		<i>de todos dist</i>	
		<i>do Análises +</i>		<i>gesso Rito</i>	

Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório	
		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	
		<input type="checkbox"/> Alta a Revelar		<input type="checkbox"/> Internação	
		<input type="checkbox"/> Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____	
óbito		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMC Anatomia Patológica	

Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico	
<i>[Assinatura]</i>		<i>[Assinatura]</i>	
Impresso por: natalia			
Data Hora: 05/09/2018 12:16:14			
			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004023035289 25/6/2004

MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CICERO ALVES DE OLIVEIRA E MARIA  
A FIEL DOS REIS

CAMOCIM-CE 11/5/1968

CERT. NASC. 1211 L 403 F

100 ARARÁE/BARRQUINHA/CE

RECEBEMOS

RECEBEMOS

3 0 NOV 2018

Maria Gertrudes F. Nobre

Carteira de Seguros Erel

CNPJ 12.148.738/0001-05

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

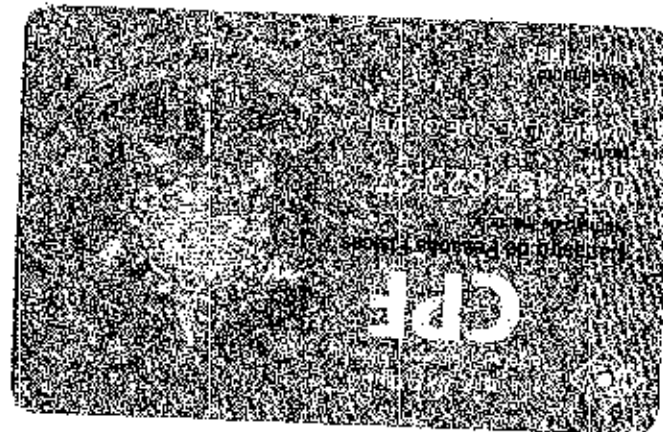
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

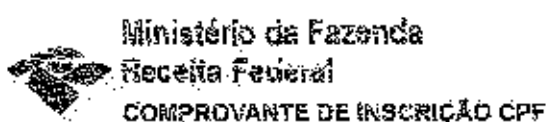
SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE PASSAGENS

CPF 12.148.738/0001-05

12/11/2018





Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
310.501.233-87

Nome  
LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Nascimento  
02/07/1964

CÓDIGO DE CONTROLE  
B300.C760.F8D4.46F4



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:35:27 do dia 22/04/2018 (hora e data do Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 310.501.233-87  
NOME: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO  
NASCIMENTO: 02/07/1964  
LOCALIDADE: CARACOL - CE  
MUNICÍPIO: CARACOL - CE  
UF: CE  
ENDEREÇO: RUA CARACOL, 100 - JARDIM CARACOL - CARACOL - CE  
CEP: 63000-000  
TELEFONE: (085) 3333-3333  
E-MAIL: liduina@caracol.ce.gov.br  
PÁGINA: 1 VIA: 1  
DATA: 22/04/2018  
HORA: 14:35:27

CPF: 310.501.233-87  
NOME: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO  
NASCIMENTO: 02/07/1964  
LOCALIDADE: CARACOL - CE  
MUNICÍPIO: CARACOL - CE  
UF: CE  
ENDEREÇO: RUA CARACOL, 100 - JARDIM CARACOL - CARACOL - CE  
CEP: 63000-000  
TELEFONE: (085) 3333-3333  
E-MAIL: liduina@caracol.ce.gov.br  
PÁGINA: 1 VIA: 1  
DATA: 22/04/2018  
HORA: 14:35:27

RECEBEMOS

30 NOV 2018

Valda Cassineide F. Nobre  
Secretaria de Seguros Eireli  
CPF: 0.21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
DEPARTAMENTO DA CIDADANIA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ROSEMARY RIBEIRO

*Maria Alves de Oliveira*

IDENTIFICAÇÃO DE CIDADÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2004023035289 DATA EMISSÃO 25/6/2004

NOME MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CICERO ALVES DE OLIVEIRA E MARIA FIEL DOS REIS

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CAMOCIM-CE 11/5/1968

CERT. NASC. 1211 L A03 F

100 ARARAS/PARACURINHA/CE

CPF

LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

023.457.623-57

Nome  
MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Nascimento  
11/05/1968



30 NOV 2018  
Mariana Gacimelis F. Nobre  
Correio de Santos Eireli  
CNPJ: 21.497.735/0001-10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013548111911  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 COD. RENAVAM: 1136674320 INTR: 0000000000 EXERCÍCIO: 2017

NOME: FRANCISCO ANTONIO ALVES DE MORAIS

CAMOCIM/CE

02704712352

PLACA: FOX6370

PLACA ANT./UF:

\*\*\*\*\*/CE

9C2KD1000JR100668

ESPEC. DE TIPO:

COMBUSTÍVEL:

PAC/MOTOCICLO/MAS APPLIC

GASOLINA

MARCA/MODELO:

HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2018

CAP/ROT/CL:

CATEGORIA:

COR PREDOMINANTE:

2P/OCV/162CC

PARTIC

BRANCA

COTA ÚNICA:

VENIC. COTA ÚNICA:

VENIC. COTAS:

I	*****	1ª	*****
P	*****	2ª	*****
V	*****	3ª	*****
A	*****		

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:  
AL FID. BANCO HONDA S.A.;

CAMOCIM

DATA: 30/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUBCARGA ADEQUADA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013548111911 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
02704712352 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA FOX6370

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 30/11/2017

VIA: 01 CPF/CNPJ: 02704712352 PLACA: FOX6370

RENAVAM: 1136674320 MARCA/MODELO: HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB: 2017 CAT. TIRE: 09 Nº CHASSI: 9C2KD1000JR100668

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
	PARCELADO	00/00/0000

PROPRIETÁRIO: LOTE/DOC: 155000/36 LACRE: MOTOR: KD10E03100774

JUN-2017

**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: 3190571447

Nome do(a) Examinado(a): MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): pv estreito, 0, , 62.400-000, rural, Camocim/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2004023035289

Data e local do acidente: 04/09/2018 - Camocim/CE

Data e local do exame: 18/10/2019 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura do rádio distal direito.

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, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho direito, 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 punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, 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 médio no punho direito.

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 punho direito, devido à redução da mobilidade.

**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 às regiões corporais acometidas.

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

  
Dr. Grete Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico



## DECLARAÇÃO

Eu Maria Alves de Oliveira RG 2004023035289

CPF 02345762357 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 04/09/18 fui socorrido por \_\_\_\_\_

E levado ao hospital do município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUP/IEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 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."

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

**"Art. 299 –** Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Local: Camacim 07.11.18 UF \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declarante Maria Alves de Oliveira

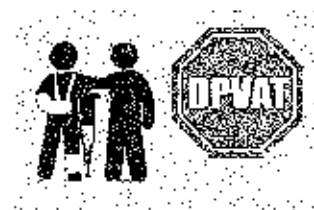
RECEBEMOS  
30 NOV 2018  
Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-08

PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-Ce

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Maria Alves de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
RG: 2004023035289 SSP/CE e CPF: 02345762357  
Residente na Rua: Estreito de nº 01  
Bairro: Rural Cidade: Camocim Estado: Ceará  
CEP: 62400000 Profissão: Joaneira

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados, ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim-CE, 24 de Setembro de 2018

Maria Alves de Oliveira



RECEBEMOS  
30 NOV 2018

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Exrel  
CPF 121.487.739-2071-06

*Em Testemunha de*

Marina Casarides F. Nobre  
Coordenadora de Segurança Especial  
CPF 01214871350001-25

30 NOV 2018

RECEBERAMOS

Marina Alves di Oliveira

como em 3 e 28

olomuniz com  
3 e 28

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

Estimado Parvadeo a noite 3 e 28  
fui 30 no outro dia e estava

REC

Lamoun, 31.10.18

Eu, Maria Aires de Oliveira,  
 portadora do RG: 2004023035289  
 e CPF: 02345762357, residente  
 no distrito de Coutinho, bairro  
 e, venho pedir a Seguradora  
 Fôlder DFLAT que aceite meu  
 pedido de indenização, por  
 acidente de trânsito dia 04.08.18  
 como nome no infome longe da  
 cidade e sem transporte não  
 tive como ir para o hospital.  
 fui 50 no outro dia, entrei  
 tirado passado a noite não  
 dormi com o punho quebrado  
 ficando dor.



PEDIDO DE REANÁLISE

EU, Maria Alves de Oliveira

RG: 2004023035289 E CPF: 02345762357,

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE Nº 3180564792, VISTO QUE ESTOU MANDANDO UM NOVO RELATÓRIO INFORMANDO GRAU DA MINHA INVALIDEZ PERMANENTE. ESPERO QUE OS SENHORES COMPREENDAM A MINHA SOLICITAÇÃO E ASSIM POSSAM DAR PROCEDIMENTO AO PROCESSO CONCLUINDO COM A MARCAÇÃO DE PERÍCIA E CONSEQUENTEMENTE EFETUANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE,

Maria Alves de Oliveira

CAMOCIM (ce), 19 DE Setembro DE 2019

Gr Maria Alves di Oliveira

Pomtadora do RG 20011023035289

LCPF 023456235789  
Bo dentro de 63 dentro como em  
evento pldm as seguintes  
hoidem 11/11/11 que o item  
pedido de idia pte dia 04/09/18  
como numero inteiro loge da  
Cidade e dentro por ora  
tinha como ir por ora o porte  
fui 30 no outro dia e nio ma  
tindo parredeo a noite sem  
o bomir com  
sentido

camoimze e o e 8

Maria Alves di Oliveira

## DECLARAÇÃO

Eu Maria Alves de Oliveira RG 2004023035289

CPF 02345762357 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 24/09/18 fui socorrido por \_\_\_\_\_

E levado ao hospital do município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – UUS/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 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”

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

“Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.”

Local: Camocim 19.09.19 UF \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declarante Maria Alves de Oliveira



PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-Ce

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Maria Alves de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
RG: 2004023035289 SSP/ CE e CPF: 02345762357  
Residente na Rua: Estreito de nº 01  
Bairro: Rinal Cidade: Camocim Estado: Ceará  
CEP: 62400000 Profissão: 70 hora

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados, ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim-CE, 24 de Setembro de 2018

Maria Alves de Oliveira



*trindade*



PEDIDO DE REANÁLISE

EU, Maria Alves de Oliveira

RG: 2004023035289 E CPF: 02345762357,

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE Nº 3180564792, VISTO QUE ESTOU MANDANDO UM NOVO RELATÓRIO INFORMANDO GRAU DA MINHA INVALIDEZ PERMANENTE. ESPERO QUE OS SENHORES COMPREENDAM A MINHA SOLICITAÇÃO E ASSIM POSSAM DAR PROCEDIMENTO AO PROCESSO CONCLUINDO COM A MARCAÇÃO DE PERÍCIA E CONSEQUENTEMENTE EFETUANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE,

Maria Alves de Oliveira

CAMOCIM (ce), 19 DE Setembro DE 2019

Gr Maria Alves di Oliveira

Pontal do Rio Negro 2001023035289

LCF 023456235789  
Bo dentro de 63 horas como em  
evento pldm as seguintes  
horas 11/24 que o sistema  
pedido de ida pte dia 040918  
como numero inteiro loge da  
cidade e sem transportar  
tudo como ir para o hospital  
fui no mesmo dia e não me  
tendo parado a noite sem  
o dormir com  
sentido

camoimze eo 28

Maria Alves di Oliveira

## DECLARAÇÃO

Eu Maria Alves de Oliveira RG 2004023035289

CPF 02345762357 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 24/09/18 fui socorrido por \_\_\_\_\_

E levado ao hospital do município

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – UUS/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc... da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 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”

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

“Art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declarar que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declarações falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.”

Local: Camocim 19.09.19 UF \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declarante Maria Alves de Oliveira



PRÁTICO DPVAT CAMOCIM

LIDUÍNA MACEDO LOPES LÚCIO

Rua Dr. João Thomé, 109 / Camocim-Ce

Cel: (88) 9.9904-9064 / (88) 9.9313-1195



### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: Maria Alves de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
RG: 2004023035289 SSP/ CE e CPF: 02345762357  
Residente na Rua: Estreito de nº 01  
Bairro: Rinal Cidade: Camocim Estado: Maranhão  
CEP: 62400000 Profissão: Trabalhadora

Mediante este instrumento, responsabilizando – me pelas informações e declarações constantes nos documentos apresentados, ciente das penas de lei, arcando com as responsabilidades civis e criminais, caso o conteúdo fático não corresponda à realidade dos acontecimentos.

Ciente ainda que em caso de inverdades e omissões que acarretarem dano material à Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, fica obrigada a ressarcir o prejuízo decorrente.

Camocim-CE, 24 de Setembro de 2018

Maria Alves de Oliveira



*trabalhadora*



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571447

**Cidade:** Camocim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 04/09/2018

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do rádio distal direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, 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 médio no punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. 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 punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/10/2019

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571447

**Cidade:** Camocim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 04/09/2018

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do rádio distal direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, 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 médio no punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. 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 punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/10/2019

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do rádio distal direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, 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 médio no punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. 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 punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/10/2019

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do rádio distal direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, 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 médio no punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 04/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do rádio distal direito. 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 punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do punho direito, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/10/2019

**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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571447 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Maria Alves de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão do lar, residente e domiciliado à Rua Constituinte nº 01, bairro Rural, Município de Camocim, Estado de (o) Ceará, CEP 62400000 portador(a) do RG nº 20040303528 SSP/CE e CPF 02345762357

**OUTORGADO:** Pauline Macedo Aguiar, brasileiro(a), estado civil casada, profissão professora, residente e domiciliado à Rua Dr. José Thomé nº 1220, bairro Centro, Município de Camocim, Estado de (o) Ceará, CEP 62400000 portador(a) do RG nº 20162039322 SSP/CE e CPF 31050123387

Por este instrumento Particular de Procuração, o(a) Outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto à quaisquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Maria Alves de Oliveira ocorrido em 04/09/18, conforme registrado pelo B.O anexo no 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 de 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.

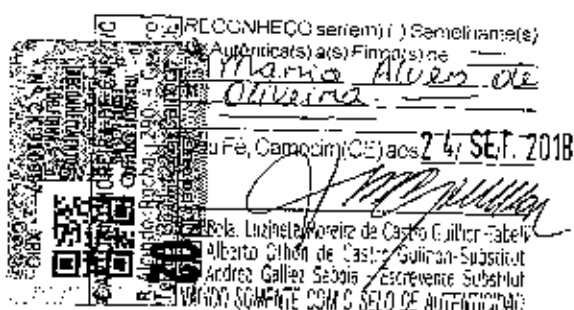
Camocim - CE, 24 de Setembro de 2018.

Maria Alves de Oliveira

Outorgante

CPF nº 02345762357

**OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira**



**RECEBEMOS**

30 NOV 2018

Mana Geonilde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.487.732/0001-06

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Alves de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão do lar, residente e domiciliado à Rua Estreito nº 01, bairro Paraisópolis, Município de Camocim, Estado de (o) Ceará, CEP 62400000, portador(a) do RG nº 200402303525 SSP/CE e CPF 02345762357

OUTORGADO: Andréia Alcides de Aguiar, brasileiro(a), estado civil casada, profissão professora, residente e domiciliado à Rua Dr. José Gomes nº 420, bairro Centro, Município de Camocim, Estado de (o) Ceará, CEP 62400000, portador(a) do RG nº 20162039322 SSP/CE e CPF 31050123357

Por este instrumento Particular de Procuração, o(a) Outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto à quaisquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Maria Alves de Oliveira, ocorrido em 04/09/18, conforme registrado pelo B.O anexo no 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 de 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.

Camocim - CE 24 de Setembro de 2018

Maria Alves de Oliveira

Outorgante

CPF nº 02345762357

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434125/18

**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 023.457.623-57

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 04/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

## 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

### LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO : 310.501.233-87

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

### MARIA ALVES DE OLIVEIRA : 023.457.623-57

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 30/11/2018  
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO  
CPF: 310.501.233-87

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434125/18

**Número do Sinistro:** 3180564792

**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 023.457.623-57

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 04/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 16/01/2019  
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO  
CPF: 310.501.233-87

\_\_\_\_\_  
LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

\_\_\_\_\_  
MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347818/19

**Vítima:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 023.457.623-57

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 04/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA ALVES DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO : 310.501.233-87

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

### MARIA ALVES DE OLIVEIRA : 023.457.623-57

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: 07/10/2019  
Nome: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO  
CPF: 310.501.233-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

---

**Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190571447**

**Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 04/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO**

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

**Senhor(a), MARIA ALVES DE OLIVEIRA**

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571447

Vítima: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIDUINA MACEDO LOPES LUCIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ALVES DE OLIVEIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000745

Conta: 0000029593-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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

