

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de li



Eu, Gerardo Tomé de Sousa, portador da carteira de identidade nº 96045035535 e inscrito no CPF/ME sob o nº 979.097.503-15, residente e domiciliado na Vila Padre Vieira, Cidade Vicosa do Ceará, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Antonio Fabis de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Vicosa - Ce. 16 de maio de 2017

UNIÃO SEGURADORA

Local e data

09 JUN 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Gerardo Tomás de Souza, portador da carteira de identidade nº 96045035535 e inscrito no CPF/MF sob o nº 979.097.503-15, residente e domiciliado na III - Vieira, Cidade Vieira do Castelo Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Antonio Fabio de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

UNIÃO SEGURADORA

05 JUL 2017

Vieira - Ce - 30-06-2017.

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Gerardo Torric de Souza, portador da carteira de identidade nº 96045035535 e inscrito no CPF/MF sob o nº 979.097.503-15, residente e domiciliado na II. Vieira, Cidade Vicosa do Ceará Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Antônio Fábio de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

UNIÃO SEGURADORA

25 JUL 2017

Vicosa - Ce - 30-06-2017.

Local e data

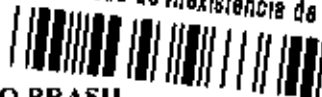
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

INALDO DE JESUS DOS SANTOS
Tabelião e Registrador Interino
LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO



Declaração de Inexistência de IML

07-N
067



Praça Professor
CEP: 62300-000

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ

GERARDO TOMÉ DE SOUSA, NA FORMA ABAIXO:

Louissanna Kelly Pereira Sório

Escrevente Substituta

Em Test. da verdade.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

SAIBAM quantos este instrumento público de escritura

virem que, aos 21 (vinte e um) dias do mês de agosto do ano de 2017 (dois mil e dezessete), nesta Cidade de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, no 1º Ofício, situado na Rua Professora Ana Maria, nº 775, Centro, compareceu perante mim Tabelião e Registrador Interino, como **DECLARANTE: GERARDO TOMÉ DE SOUSA**, brasileiro, maior, solteiro, como declarou sob responsabilidade civil e penal, agricultor, natural de Viçosa do Ceará/CE, portador da Carteira de Identidade sob o nº 96015035535 SSPDS/CE, CPF/MF nº 979.097.503-15, residente e domiciliado no Distrito de Padre Vieira, Zona Rural, desta cidade de Viçosa do Ceará/CE, impossibilitado de assinar por não ser alfabetizado, assinando a rogo dele **Paulo Ricardo de Araújo**, brasileiro, maior, solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade nº 20072713369 SSP/CE, CPF/MF nº 053.124.583-76, residente e domiciliado na Vila Inharim, Zona Rural, desta Cidade de Viçosa do Ceará/CE, ficando no final desta a impressão datiloscópica do polegar direito do Declarante, como prova de seu consentimento. Parte que se identificou ser a própria, conforme documentação apresentada, cuja capacidade jurídica para o ato, dou fé. Então, pela parte comparecente me foi declarado que, por esta escritura e na melhor forma de direito, estando em seu perfeito juízo e no gozo de suas faculdades intelectuais e livre de qualquer induzimento ou coação, declara que: "Autorizo a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito na Conta Corrente nº 0011822-2, Agência nº 0727-7, Banco Bradesco S/A. Declaro que a referida conta é de minha titularidade e uma vez efetuado o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização. Declaro que resido no Distrito de Padre Vieira, Zona Rural, desta cidade de Viçosa do Ceará/CE, CEP: 62.300-000, TELEFONE DE CONTATO (88) 99927-3954/ 99404-4796. Estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML, para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que, não há estabelecimento do IML no município da minha residência, com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora

União
Seguradora

30 AGO 2017



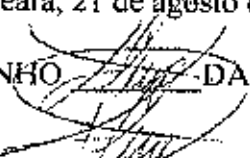
INALDO DE JESUS DOS SANTOS
Oficial e Registrador Interino

verso

Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do Art. 3º da Lei nº 6.194/74. Declaro ainda estar ciente de que a autorização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo". Obrigando-se o Declarante em todo tempo a fazer esta declaração boa, firme e valiosa, para que produza os efeitos legais, atendo-se estritamente à verdade dos fatos e assumindo a responsabilidade civil e penal pelo quanto aqui declarado. Finalmente pela parte me foi dito que aceita esta escritura como aqui se contém. Emolumentos R\$60,69. FERMOJU R\$3,69. SELO R\$4,75. ISS R\$3,03. FAADep R\$3,03. FRMP R\$3,03. TOTAL R\$78,22. Assim o disseram, do que dou fé; me pediu este instrumento, que lhes lavrei em minhas notas, lendo-o o Outorgante, e, tendo achado conforme, outorgou, aceitou e assina. Eu, LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO, Escrevente Substituta a fiz digitar. Eu, LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO, Escrevente Substituta a subscrevo e assino. (aa) PAULO RICARDO DE ARAUJO a rogo de GERARDO TOMÉ DE SOUSA. Traslada em seguida.

Selo nº AD 051.688.

Viçosa do Ceará, 21 de agosto de 2017.

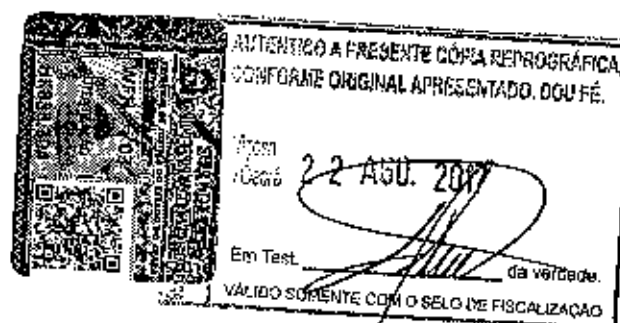
EM TESTEMUNHO  DA VERDADE

LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO
Escrevente Substituta



VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

1º OFÍCIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE



Louisanna Kelly Pereira Sório
Escrevente Substituta

União
Seguradora

30 AGO 2017

COMP. DE ATO DECLARATÓRIO

72430003300



Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Gerardo Tome de Sousa
Sexo: M () F () DN: 1/1/ Idade: 21 Raça/Cor: branco
Nome do Pai: Benedito Tome de Sousa Nome da Mãe: ?
Estado Civil: solteiro Profissão: ?
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: ?
Endereço: Rua da Moura Telefone () ?
Cartão do SUS: ? RG: ?
Data do Atendimento: 20/08/15 Hora: 21:09 Recepção: União

SINAIS VITAIS

Peso: ? g Temperatura: ? °C Pressão Arterial: 11 x 08 mmHg
FR: ? irpm FC: ? bpm DX: ? mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: ?
Há quanto tempo: ?
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: ?
Justificativa: ?

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 20/08/15 Hora: 20:20 Alcoolizado: (X) Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? SIM () Automóvel - Usando cinto de Segurança? ?
() Atropelamento Local: ?
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde? ?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos: () Selvagem
() Outros: ?

Medicações e tempo de uso: ?

Anamnese e Exames Físicos Inicial: ?

MTM
REGULADORA

18 JUL 2016

DPVAT

Classificação de Risco: ?

Data: 20/08/15

Assinatura do Profissional: ?

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Paciente desatendida de Capote apresentando
prurido prático de punho @ e náusea @

EXAME FÍSICO: -

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA(S): Prurido prático de punho @

PROCEDIMENTO E CONDUTA: Oxigenação

1- SRL 1000ml EV

2- Galatium 1 ampola IM agor.

3- Soluto Raso x de punho @ A P. R. R.

4-

5-

6-

APRAZAMENTO

500/500

31-25

Marcela Lopes Lima

Médica
CREMEB 16598

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

h 21:25h

30.08.19

MIN

REGULADORA

10 JUL. 2016

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de acidente
de trânsito. Sem entrada neta. Sinal de presença
de fratura de rádio @, que deu em região torácica.
Após trauma, a paciente apresenta
25.06.19 31/08/19 Paciente com lesão
admitida, apresentando dor nas costas
na região de punho @ e náusea @.
Após trauma, a paciente apresenta
25.06.19 31/08/19 Paciente com lesão
admitida, apresentando dor nas costas
na região de punho @ e náusea @.

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável



000 3300

Ats decheckboxado

03



Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
 Governo Municipal de Viçosa do Ceará
 Secretaria da Saúde

**REGISTRO DE ATENDIMENTO**

Nome: Genivaldo Tereza da Sousa
 Sexo: M () F () DN: 1/1/1 Idade: 11 Raça/Cor: Preta
 Nome do Pai: Benedito Tereza da Sousa Nome da Mãe: ?
 Estado Civil: ? Profissão: ?
 Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: ?
 Endereço: Rua Maria Telefone () ?
 Cartão do SUS: ? RG: ?
 Data do Atendimento: 20/08/15 Hora: 21 Recepção: União

SINAIS VITAIS

Peso: ? g Temperatura: ? °C Pressão Arterial: 11 x 08 mmHg
 FR: ? irpm FC: ? bpm DX: ? mg/dL
 Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal: ?

Há quanto tempo: ?

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: ?

Justificativa: ?

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 30/08/15 Hora: 21:09 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
 (X) Moto - Usando Capacete? SIM () Automóvel - Usando cinto de Segurança? ?
 () Atropelamento Local: ?
 () Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
 () Choque elétrico () Queda. De onde? ?
 () Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
 () Queimaduras: () 1° grau () 2° grau () 3° grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
 () Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
 () Outros: ?

Medicações e tempo de uso: ?

UNIÃO SEGURADORA

Anamnese e Exames Físicos Inicial: ?

09 JUN 2017

Classificação de Risco: ☐

Data: 1/1/1

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Paciente desestabilizado de Capote apresentando
próximo fratura do punho @ e radi @

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Próximo fratura do punho @

PROCEDIMENTO E CONDUÇÃO: Observação

APRAZAMENTO

1- SRL 1000ml EV

500 500

2- 190ml de ampola IM c/oxi.

21.25

3- Coluente Raio x do punho @ A P. P. P.

4-

5-

6-

Marcela Lopes Lima

Médica
 CREMESP 16596

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

11.25

30.08.15

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de acidente
de trânsito, deu entrada nesta unidade apresentando
exame em MMII. Braço direito contendo em tornozelo @
fratura de rádio @ e punho @ em região torácica.
Após triagem e triagem em sala de espera, paciente com
25.06.15 21.08.15. Paciente com lesão de
admissão, apresentando dor no
membrado, ser diabético, DX 2.85 mg/dl. PA: 7

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

Delighted to hear from you
and hope you are well



<i>Dr. Ricardo David da Silva</i> Médico 15.347 <i>Dep. Admissão do Cirurgião</i>	1º Auxiliar Ass. e carimbo
2º	3º Auxiliar Ass. e carimbo
Ass. e carimbo	Ass. e carimbo

CÓDIGO		Agentes Anestésicos	
V	PP. Arterial: ☐ Pulso ☐ Respiração		
A	X. Anestesia: ☐ Operação		
260			
240			
220			
200			
180			
160			
140			
120			
100			
80			
60			
40			
20			

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

Data

Ass. e Catimbo do Anestesiologista - CRM

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERARDO TOME DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000011822-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0610201705000000000023700727000000011822472500 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GERARDO TOMÉ DE SOUSARG nº 96045035535, data de expedição 22/08/10, Órgão SSP-CE

CPF nº 979097503-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Paredo Vieira</u>
Número	<u>9/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>Vicosa DO CEARA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	-
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa do Ceará 10 março 2016Assinatura do Declarante: Gerardo Tomé de SousaSECRETARIA INTERIOR - 10 - 20/03/16 14:22 - 00000011
SECRETARIA INTERIOR - 10 - 20/03/2016 14:40 - 00000011

07/11/2015

End. Postal MARIA DE FATIMA DA SILVA
VL PDE VIEIRA 00020
- VICOSA CEARA - 62300000

6931384
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO-BAIXA RENDA
RG / CPF / CNPJ 967123843-20
Nome do Responsável

[illegible]

VALOR CONSUMO DO MES	
MULTA MORATORIA REF 08/2015	16,63
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	0,35
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	6,37
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES	0,87
BAIXA RENDA (R\$ 1,62)	

SEGURIDADA LIDER WHITE - 10 - 23/03/16 14:22 - 000003714

[illegible]

08/12/2015

24.21

[illegible]

Informações importantes e avisos de funcionamento
Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números para contato por celular. Para consultar os números acesse nosso site - www.malte.com.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Gerardo Tomé de SouzaRG nº 96025035535, data de expedição 22/08/2016, órgão SSP-CE,

CPF nº 979.097-503-15 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ul. Padre Vieira</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>ruel</u>
Cidade	<u>Vicosa do Carmo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796/999273954/998045027</u>
E-mail	<u>afornicera@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce. 16 de maio de 2017.Assinatura do Declarante: Antonio Fabio de AraújoUNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Fábio de Araújo,RG nº 2001099079843 data de expedição 10/07/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 006.892.523-90 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tr. Larrutine Nogueira</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999273954</u>
E-mail	<u>ajoneiro@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce, 23-05-2017Assinatura do Declarante: Antônio Fábio de AraújoUNIÃO SEGURADORA
03 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Quando Torne de SousaRG nº 96015035535, data de expedição 22/08/2010 Órgão SSP-CECPF nº 979.097.503-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de tercelro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>II. Viana</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	<u>"</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Viana do Castelo</u>
Estado	<u>Leonor</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999273754 / 998045027</u>
E-mail	<u>afaneicora@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Viana - E, 30.06.2017.

UNIÃO SEGURADORA

05 JUL 2017

Assinatura do Declarante: Antonio Fabio de Araújo

enel

Porto 0000 0000
 Fator de Potência
 CGF

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vaga a legenda no verso desta conta.
 Conflito 01/03/2010 14:05
 Mês 01/03/2010 14:05

	Padrão Mensal		Apuração Individual	
	Mensal	Trin.	Mensal	Trin.
DTC	12.00	2.00	0.00	0.00
FIC	7.00	10.00	0.00	0.00
DMIC	0.00		0.00	

*ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Let. Atual	Let. Anterior	Dist.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
10255	10214	1.00	41	3.00		0.7244	29.80		
								VALOR (R\$)	

DESCRIÇÃO	VALOR
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	48,55
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,25)	5,74

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (kg CO ₂)
28,96	0,130	0

28.96

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

As vendas de mais uma remessa, falamos de, com custo de R\$ 2.00 cada 100 unidades. Isso é para mais com o controle maior custo, e importante para a maioria das pessoas, pois é possível a desordem. Informações em www.angel.com.br

100 UN. VENCENDO EM 05/05/2005 POR VENCIMENTO ANTERIOR EM 05/05/2005

Condição de venda de mais remessa a R\$ 2.000,00 por unidade. VENCIMENTO EM 05/05/2005

100 UN. VENCENDO EM 05/05/2005 POR VENCIMENTO ANTERIOR EM 05/05/2005

UNIAO SEGUADORA

05 JUL 2017

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do

RG nº 2001099079843, expedido por SSP-CE, em

10/07/14, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Gerardo Tomé de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza invalidiz da vítima Gerardo Tomé de Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-me Renda Mensal: R\$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: Recuso-me

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ridurina Tomé de Sousa,

RG nº 94026003250, data de expedição 12/06/2012,

Órgão SSPD/CE portador do CPF nº 96020946304, com

domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de

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

Sítio Serrador - Zona Rural, nº _____,

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

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

vítima Gerardo Tomé de Sousa, cujo o condutor era

Gerardo Tomé de Sousa.

Veículo: MOTO-HONDA BIZ

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2011

Placa: 0CH8947/CE

Chassi: 9C2JC48200A014364

Data do Acidente: 30.08.2015

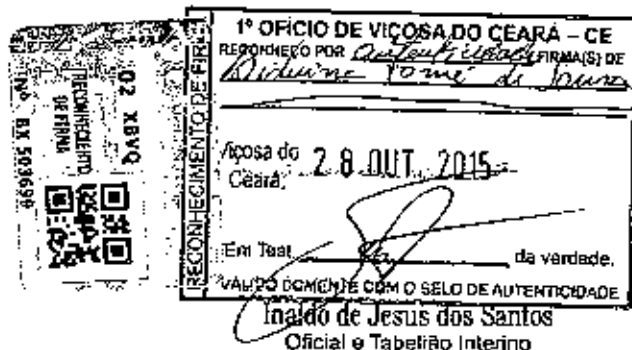
Local e Data: Assensim 30 de agosto de 2015

1º OFÍCIO

Ridurina Tomé de Sousa

Assinatura do Declarante

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Liduína Tomé de Sousa,RG nº 94026003250 data de expedição 12/06/2012Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 960.209.463-04 com domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Sítio Senador, nº 51N,complemento rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Gerardo Tomé de Sousa cujo o condutor eraGerardo Tomé de Sousa.Veículo: MOTONETAModelo: HONDA BIZ 125 ESAno: 2011/2011Placa: 0CH 8947Chassi: 9C2JC4820BR014364Data do Acidente: 30.08.2015Local e Data: Vicosa do Ceará 15 de maio de 2017.

1º OFÍCIO

Liduína Tomé de Sousa

Assinatura do Declarante

UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

1º OFÍCIO

Antonio Fabio de Araújo

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



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Gerardo Tavares de Sousa
Sexo: M () F () DN: 1/1/ Idade: 21 Raça/Cor:
Nome do Pai: Benedito Tavares de Sousa Nome da Mãe:
Estado Civil: Profissão:
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: Rua Maria Telefone ()
Cartão do SUS: RG:
Data do Atendimento: 20/08/15 Hora: 21:09 Recepção: Ulisses

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 14 x 08 mmHg
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

() Acidente de Trânsito Data: // Hora: Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
() Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: //

Assinatura do Profissional:

SECRETARIA DE SAÚDE - 10/2015
Vice-Prefeito - 10/2015
Prefeito - 10/2015
Data: 20/08/2015
Hora: 14:00

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Paciente claudicante de Capote apresentando
próxima fratura de punho @ e rádio @

EXAME FÍSICO: _____

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Próxima fratura de punho @

PROCEDIMENTO E CONDUTA: Osteossíntese

APRAZAMENTO

1- 500 1000ml EV

500 500

2- 1900ml de soro - IM - 200ml

21.25

3- Solicito Raio X de punho @ e rádio @

A P. Lupa

4- _____

5- _____

6- _____

Marcelo Lopes Lima

Médico

CREMEB 16598

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

h 21.25h

30.08.15

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de acidente
de trânsito, deu entrada nesta unidade apresentando
exame em MMII. Exame físico contendo em tornozelo @
fratura de rádio @, além de dor em região torácica
hábito tranqüilo e Sangue amarelo. O paciente @
25.06.15 340815 Paciente, com clínta
admitido, operando das MMII. @
memória de ser diabético, Dx 285mg/dl. PA: 170

DESTINO:

Conseguir verificar, por conta das dores que o mesmo
relatava.

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

* Encarado 396811.

Assinatura do Usuário ou Responsável

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIOSA DO CEARÁ

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará

Av. José Figueira, S/Nº - Centro - Fone: 3632.1119 - CEP.: 62.300-000 - Viosa do Ceará - CE



PREFEITURA DE
VICOSA
DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

[illegible]

~~CREMEE~~

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Anestesiologia

Realizar anestesia cl
hidroscopia 5 ml

Agentes
Anestésicos

20

Líquidos

CÓDIGO

V PP. Arterial: ☐ Pulso ☐ Respiração
A X. Anestesia: ☐ Operação

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

RELATAR AS CAUSAS QUE JUSTIFIQUEM A LONGA DURAÇÃO DA OPERAÇÃO DE ANESTESIA E UM MAIOR CONSUMO DE MATERIAL ETC

Data

Cirurgião

Dr. Ricardo David da Silva
Médico
CREMEC 15.347
Ass. e carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Ass. e carimbo

2º Auxiliar

Ass. e carimbo

3º Auxiliar

Ass. e carimbo

Data

Ass. e carimbo do Anestesiologista - CRM

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Gerardo Tome de Sousa
Sexo: M () F () DN: 1/1/1 Idade: 21 Raça/Cor: branco
Nome do Pai: Benedito Tome de Sousa Nome da Mãe: ?
Estado Civil: solteiro Profissão: ?
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: ?
Endereço: Rua União Telefone () ?
Cartão do SUS: ? RG: ?
Data do Atendimento: 20/08/15 Hora: 21:09 Recepção: União

SINAIS VITAIS

Peso: ? g Temperatura: ? °C Pressão Arterial: 11 x 08 mmHg
FR: ? irpm FC: ? bpm DX: ? mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: ? Há quanto tempo: ?
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: ?
Justificativa: ?

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 20/08/15 Hora: 20:00 Alcoolizado: (X) Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? SIM () Automóvel - Usando cinto de Segurança? ?
() Atropelamento Local: ?
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? ?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: ?

Medicações e tempo de uso: ?

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: 20/08/15

Assinatura do Profissional: ?

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação Clínica: Posto desestabilizado de Cassete apresentando
próxim. fratura de punho @. rádio @

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Próxim. fratura de punho @.

PROCEDIMENTO E CONDUTA: Observação
Queto gus

APRAZAMENTO

1- SRL 1000ml EV

500 500

2- Reabrir em 1 ampola IM agora.

21.25

3- Solicito Raio x de punho @ A P e Perfil

4-

5-

6-

Marcela Lopes Lima

Médica

CREMESP 16596

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

21.25h.

30.08.15.

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de acidente
de trânsito, deu entrada nesta unidade apresentando
exame em M.M.II. lesão com contusão em tornozelo @,
fratura de rádio @. que dor em região torácica
Agua de Thompson e Sengem amarelo. @ @ @ @ @
23.06: In 3408115 Paciente, com lesão, @ @ @ @ @
eliminado, queirido dar resumo. @ @ @ @ @
memorata ser diabético, Dx 285mg/dl. PA: 7 nos

DESTINO:

conseguir verificar, por conta dos dores que o mesmo
relatava.

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

* Encarregado 896811.

Assinatura do Usuário ou Responsável



Dr. Ricardo David da Silva
Médico
CREMEG 15.347

Realizado anestesia cl
lidocaine 5 ml

CÓDIGO

V PP. Arterial: ☐ Pulso ☐ Respiração ☐
A X. Anestesia: ☐ Opereção ☐

Agentes
Anestésicos

Líquidos

20

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

RELATAR AS CAUSAS QUE JUSTIFIQUEM A LONGA DURAÇÃO DA OPERAÇÃO DE ANESTESIA E UM MAIOR CONSUMO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

Data

Cirurgião

Dr. Ricardo David da Silva
Médico

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Ass. e carimbo do Cirurgião
CREMEC 15.347

Ass. e carimbo

3º Auxiliar

Ass. e carimbo

Ass. e carimbo

Data

Ass. e carimbo do Anestesiologista - CRM

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Documentação médico - hospit



Nome: Gerardo Teme de Sousa
Sexo: M () F () DN: 1/1/ Idade: 21 Raça/Cor:
Nome do Pai: Benedito Teme de Sousa Nome da Mãe:
Estado Civil: Profissão:
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: Rua Viana Telefone ()
Cartão do SUS: RG:
Data do Atendimento: 20/08/15 Hora: 21:09 Recepção: União

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 11 x 08 mmHg
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal:
Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 30/08/15 Hora: 21:09 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? SIM () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
() Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco:

Data: 1/1/

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Parte descolada de Capote apresentando
próximo fatura de punho @ - radiol @

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Próximo fatura de punho @

PROCEDIMENTO E CONDUTA: Observação

APRAZAMENTO

1- SRL 1000ml EV

500 500

2- Ultrassom de punho IM axila.

21.25

3- Soluções Raso x de punho @ A P - Punho

4-

5-

6-

Marcelo Lopes Lima

Médico
 CREMESP 16598

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

21.25h

30.08.15

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de acidente
de trânsito, deu entrada nesta unidade apresentando
exame em MMII, com uma contusão em tornozelo @
fatura de punho @ de punho dor em região torácica,
trauma torácico e trauma abdominal. Ocorrência @ Centro:
25.06.15 21.08.15 Paciente, com lesão, com lesão
abundante, apresentando dor nas costas, @ @ @ @
mesmo relato ser diabético, Dx 285mg/dl. PA 7. No

DESTINO:

relatório.

* Encarregado 896811.

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

Colapso anêmico c/
isolamento 5 ml

1

2º <i>Ricardo David da Silva</i> Médico 15.347 Ass. e carimbo do Cirurgião	1º Auxiliar Ass. e carimbo
3º <i>Ass. e carimbo</i>	4º <i>Ass. e carimbo</i>

CÓDIGO	V A	PP. Arterial: X. Anestesia:	☐ Pulso ☐ Respiração ☐ Operação	Líquidos	Agentes Anestésicos	20
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						
40						
20						

RELATAR AS CAUSAS QUE JUSTIFIQUEM A LONGA DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, A NÚMERO DE ANESTESIA E UM MAIOR CONSUMO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

Ass. o carimbo do Anestesiologista - CRM



FICHA DE REFERÊNCIA



PREFEITURA DE
VICOSA DO CEARÁ
TRADIÇÃO RENOVADA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Cyraldo Tami de Sousa

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Parto sintomático de gestante de 36 semanas apresentando fratura fechada de rádio e punho @

Resultado do(s) Exame(s): _____

Raquel Maria de Araújo
CPF: 029.226.412-47
Secretária de Saúde

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Fratura de rádio e punho @

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

☐ Ambulatorial

☒ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação

Profissional: Tratamentologista

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Guia de atendimento - RECEPÇÃO PARTICULAR

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 172144	Atendimento 0001	Nome do Paciente GERARDO TOME DE SOUSA	CNS 160339459490007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 98015035535 310815			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 27/10/1975	Local VICOSA DO CEARA/CE	Idade 39 Ano(s)		
Pai BENEDITO TOME DE SOUSA		Mãe VITORIA ADALGIZA DOS SANTOS		
Endereço SITIO PADRE VIEIRA, SN	Bairro ZOAN RUIRAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Conjuge		
Responsável GERARDO TOME	CPF do Responsável	Endereço SITIO PADRE VIEIRA, SN	Município VICOSA DO CEARA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 31/08/2016	Hora 08:57	Convênio SUS	Matrícula	CID
Nome do Paciente DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento ENCAIMINHADO P/CONSULTA
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário CHARLIANE COSTA DE MOURA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
PA (mmHg)				

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

he de Pmti - Braco direito.
he de Pmti - Braco esquerdo, joelho, Esquerda.
he de tornozelo Esquerda.

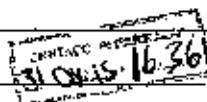


he de Pmti - Braco direito.
he de Pmti - Braco esquerdo, joelho, Esquerda.
he de tornozelo Esquerda.

Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM: 16409

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Atadura hipom 10/11 - 02			
Atadura hipom 10/11 - 01			
Gerador 20 - 01			



UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

Guia de atendimento - RECEPÇÃO PARTICULAR

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 172144	Atendimento 0003	Nome do Paciente GERARDO TOME DE SOUSA	CNS 160339459490007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 96015035535	Local VICOSA DO CEARA/CE	Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 27/10/1975	Idade 39 Ano(s)	Nome VITORIA ADALGIZA DOS SANTOS		
Profissão AGRICULTOR	Empresa	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA	UF CE
Responsável GERARDO TOME	CPF do Responsável	Endereço SITIO PADRE VIEIRA, SN	Município VICOSA DO CEARA	Telefone 88 9802177

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/09/2015	Hora 07:27	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Função RENARA AGUIAR FONTENELE	Tipo Atendimento RETORNO	
Indicador de Acidente				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Sessão () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mmHg)

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

Le. de p. de cl. D

Le. de

cd. agudo



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: GERARDO TOME

Atendimento - AMBULATORIO(BLOCO NOVO)

DADOS DO PACIENTE

Atendimento 0004	Nome do Paciente GERARDO TOME DE SOUSA	CNS 160339459490007	Guia de Autorização
Identificação 96015035535	Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 27/10/1975	Local VICOSA DO CEARA	Idade 39 Ano(s)	
Pai BENEDITO TOME DE SOUSA	Mãe VITORIA AJALGIZA DOS SANTOS		
Endereço SÍTIO PADRE VIEIRA, SN	Bairro ZOAN RUIRAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	UF CE
Responsável GERARDO TOME	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO PADRE VIEIRA, SN	Município VICOSA DO CEARA
			Telefone 86 980217

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/09/2015	Hora 08:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO		
	Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE			
	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

fe de 22 por 21 em 3.

cd internap



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 10409

UNIÃO SEGURADORA

09 JUN 2017

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Mariado F. L. S.
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: GERARDO TOME

O.E.: M231340101

ESFÉRA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 10/2015

Num AIH: 231510755596-0 Situação: EXPORTADA Tipo: 01- INICIAL Apresentação: 10/2015 Data Autorização: 14/09/2015

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M231340101 CRC:
Doc autorizador: 207281115800008 Doc med resp: 980016288326868 Doc diretor clínico: 203799657260005 Doc médico solto: 980016288326868
CNS: 2560852 - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES CNS: 16033945949000-7
Paciente: GERARDO TOME DE SOUSA Prontuário: 172144
Data Nasc.: 27/10/1976 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc.: 98015035635
Responsável pac.: GERARDO TOME Nome da Mãe: VITÓRIA ADALGIZA DOS SANTOS
Endereço: SÍTIO PADRE VIEIRA SN CASA Bairro: ZOAN RUIRAL Rapa/Cor: 03-PARDA Ethia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 231410 - VICOSA DO CEARA UF: CE CEP: 62300-000 Telefone: (88)0980-21770 Muda Proc.7: N
Procedimento solicitado: 04.08.02.043-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
Procedimento principal: 04.08.02.043-1 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
Diag. principal: S622-FRATURA DA DIAFISE DO CUBITO [ULNA] Diag. secundário:
Complementar: Causa Obito:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 14/09/2015 Data saída: 15/09/2015 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qntd	Cmot	Descrição
1	0408020431	210168711730004	225151(6)	210168711730004	1	09/2015 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
W199	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICAÇÃO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

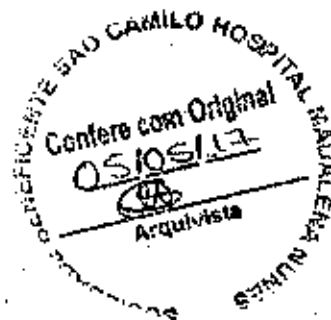
Número de Saldas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 82 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12886, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

Gilberto Aguiar de Araújo
Gerente Administrativo
Soc. Benef. São Camilo
Hosp. e Mat. Madalena Nunes



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 13000007299
NÚMERO DA AIH: 2315107555960

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2560852 - HOSP MATERN MADALENA NUNES
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2560852 - HOSP MATERN MADALENA NUNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: GERARDO TOME DE SOUSA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 27/10/1975 - 39 anos
NOME DA MÃE: VITORIA ADALGIZA DOS SANTOS
NOME DO RESPONSÁVEL: GERARDO TOME
ENDEREÇO: TITIO PADRE VIEIRA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231410 - VICOSA DO CEARÁ

SEXO: MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO:-
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: ZONA RURAL
CEP:

UF: CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.9 - Fratura do antebraço, parte não especificada

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020407-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / MEMBRAS DISTAL DOS OSSOS DO ANTERIOR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 04713633402 - DANILLO CONSERVA APRUDA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 14/09/2015 - 13:59 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/09/2015 - 18:18

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER



DATA AUTORIZAÇÃO:

UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome GERARDO TOME DE SOUSA				Prontuário/Atendimento 172144/0005	
Nascimento 27/10/1975		Local VICOSA DO CEARA		País Nacionalidade Brasil	
Idade 39 Ano(s)		Estado Civil Outro		Religião NÃO DETERMINADA	
Sexo Masculino		Raca/Cor Parda		Etnia	
Documento(s) Identidade: 98015035535		CNS 15.0339.459.4900-07		Município VICOSA DO CEARA-CE	
Endereço SÍTIO PADRE VIEIRA		R° SN ZOOAN RUIRAL		CEP 82300-000	
Fone (86) 9802-1770		Profissão AGRICULTOR		Empresa	
Responsável GERARDO TOME		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjugue		Fone Empresa	
Mãe VITORIA ADALGIZA DOS SANTOS		Pai BENEDITO TOME DE SOUSA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/09/2015 12:48	Quarto/Leto 115-0002	Aposento ENFERMARIA	Clinica TRAUMA-ORTOPEDIA	Setor POSTO ENF 2
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia 0
Médico DANILLO CONSERVA ARRUDA		CID Complementar S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada		
CID Principal S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada		Observação		
Usuário NOELIA PINHEIRO DE SOUSA VIEIRA		Procedimento SUS		Sisprestat
Data Saída 15-09-2015	Hora 07:10h	Condição da Saída Melhorada		Usuário Saída

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

O abaixo assinado _____, pessoa responsável pelo doente _____, DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO aos médicos do HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES, que o assistirem, para fazerem investigações necessárias ao diagnóstico para a execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições contidas no regulamento do estabelecimento. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

TIANGUA, 14 de setembro de 2015.

Gerardo de Sousa
Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: NOELIA PINHEIRO DE SOUSA VIEIRA

Moacir F. F. de Sousa
Assinatura do responsável



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá-Ce - CEP: 62.320-000

PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01

www.saocamilotiangua.org.br

Thaíza Alcântara

Pront - 142144.

AVISO DE ALTA

Data: 18/09/15 As: 09:30

Nome: Gerardo T. de Souza Ref. Nº _____

Endereço: Sítio Padre Vieira Município: Vigieira do Ceará

Clinica: Autopedi com Enfermaria: Eugenie Leito: Ext

Diagnóstico: fract. úmero Médico: Dr. Danilo

Assinado pelo Médico: Dr. Danilo

ALTA POR: Cura ☐ Melhorado ☒ Óbito ☐
Transferência ☐ Evasão ☐ A Pedido ☐

Assinatura da Enfermeira Chefe: [Assinatura]

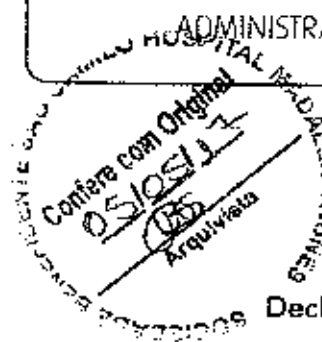
Assinatura do Paciente/ Responsável: [Assinatura]

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/C
CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br



DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Declaro para os devidos fins que eu _____

acompanhei _____

neste hospital para tratamento de saúde onde fui servido(a) das alimentações padronizadas deste hospi

UNIAO SEGURADORA
9 JUN 2017

Tianguá - CE, _____ de _____ de 20 _____

Maria de Fátima da Silva
ASSINATURA



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folh
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

2 - CNES

4 - CNES

2 5 6 0 8 5 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gerardo Torne de Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172144

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/1975

9 - SEXO

Masc. ☒ Fm. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Vitória Adalgiza dos Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Padre Veloso

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Viçosa do Ceará

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

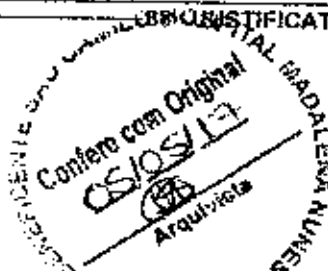
34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

BROCHURA INFORMATIVA DA SOLICITAÇÃO

UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1) CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1) CNS () CPF

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100
CNP.J: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

FOLHA DE ANAMNESE

NOME: Gerardo Torne de Sousa Nº PRONTUÁRIO: 172144

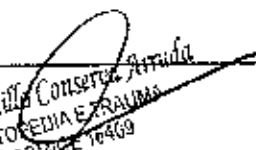
Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência

Diagnóstico Provisório: de depressão v.l.m. (D)

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

DATA: 14/09/15

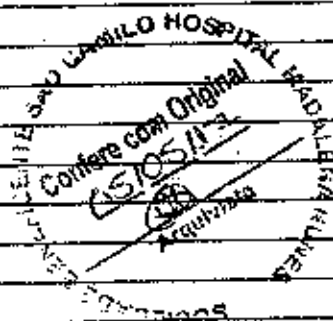

Dr. Danilo Conseres Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMAS
CRM 10469
MÉDICO - CREMEC

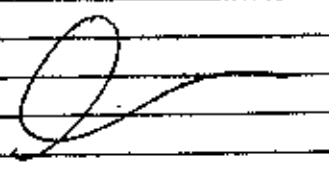
I - HISTÓRICO

II - EXAME FÍSICO

III - SUMÁRIO - IMPRESSÕES - DIAGNÓSTICOS - SUGESTÕES

BEb, 21/5/15




UNIAO SEGURADORA
09 JUN 2017



SÃO CAMILO

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ - CE

Rua Assembleia de Deus, s/nº Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO

PACIENTE		Nº REG.	
Gerardo Tame de Sousa		172144	
DATA DA OPERAÇÃO	DMT	LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR	
Dr. Danilo			
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
Dr. Daniel		Bloqueio plano	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO			
Ac. ligam. vlc. ①			
TIPO DE OPERAÇÃO			
osteossintese			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
CONFERE COM ORIGINAL 05/05/17 Arquivista			
UNIÃO SEGURADORA 09 JUN 2017			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

- ① pte an. ppri sob bloqueio
- ② preparo habitual
- ③ incisão dorsal + drenagem por planos
- ④ red + fixa cf. placa e parafusos
- ⑤ sutura por planos
- ⑥ curativo.

Dr. Danilo Conserva Arruda
OR. ESPECIALIZ. TRAUMA
CRM 16309

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário: 172144	Paciente: GERARDO TOME DE SOUSA	Idade: 39 An
Data de Nascimento: 27/10/1975	Nome da Mãe: VITORIA ADALGIZA DOS SANTOS	
Atendimento: 0005	Aposento: ENFERMARIA	Quarto/Leito: 115/0
Data Internação: 14/09/2015	Profissional Resp.: DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM: 16
Convênio: SUS	Sector: POSTO ENF 2	Especialidade: TRAUMA-ORTOPE
Diagnóstico: S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada		

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 14/09/2015 21:10:18

PA=120X80MMHG
T=36.5C
R=18rpm
P=75bpm
CLIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO HORTOPEDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO, COM MMSSDIREITO IMOBILIZADO, SOB EFEITO ANESTÉSICO SEM QUEIXA SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


RESPONSÁVEL: TE: MARIA VILMA DA SILVA - COREN-CE 0666422

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 14/09/2015 23:15:55

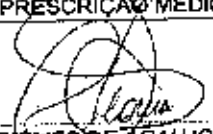
cliente recebeu alta hospitalar após visita medica.

RESPONSÁVEL: TE: SANDRA FERNANDES LIMA - COREN-CE 6654

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 15/09/2015 03:57:04

PA 110X80 MMHG
P 80 BPM
R 18 MPM
T 36,3° C

CLIENTE PÓS CIRURGICO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, SEGUE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


RESPONSÁVEL: TE: CLEONICE RODRIGUES DE ARAUJO - COREN-CE 1032716

UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
CONFIRA COM ORIGINAL
05/09/17
Arquivista
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.	04	06	06				
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 94015035535

DATA DE
EXPEDIÇÃO 22/08/2010

NOME
GERARDO TOMÉ DE SOUSA

RELACÃO
BENEDITO TOMÉ DE SOUSA

VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS

NATURALIDADE
VIÇOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO
27/10/1975

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO-1 OFÍCIO TERMO: 19357 FOLHA: 40V

LIVRO: A-17/95 VIÇOSA DO CEARÁ - CE

CPE

2 VIA

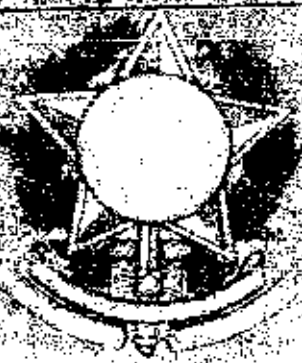
P. 14

AUTÊNTICA APRESENTADA
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Viçosa
do Ceará. 06 OUT. 2015

Em Test. *M* da verdade.
VALIDO SOMENTE COMO SELO DE FISCALIZAÇÃO

CPE



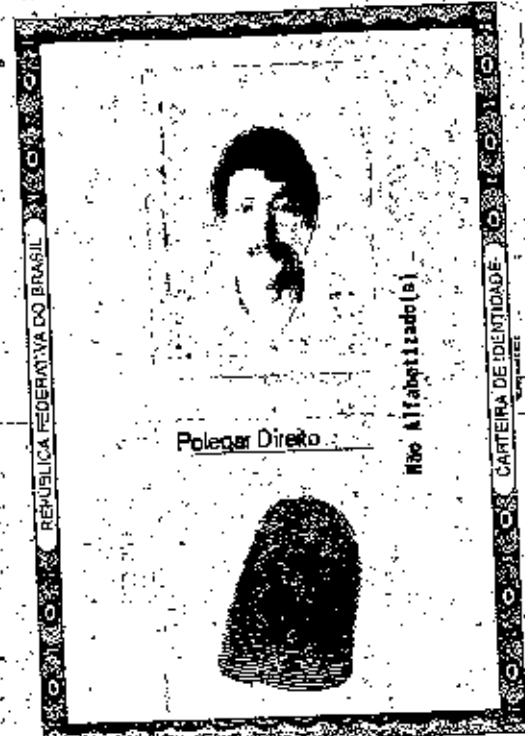
AUTÊNTICA A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

06 OUT. 2015

Em Test. *M* da verdade.

VALIDO SOMENTE COMO SELO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escrevente



Polegar Direto

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AUTÊNTICA A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

06 OUT. 2015

Em Test. *M* da verdade.

VALIDO SOMENTE COMO SELO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escrevente

11 - 30/09/2016 14:43 - 0052007212

SEMPRE EM LÍDER PRONT - 10 - 20/09/16 14:23 - 0000007212



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO - SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO GERAL - SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO GERAL - SECRETARIA DE	
Foto 	Assinatura 
Não Alfabetizado(a)	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REGISTRO GERAL 96015035535 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/2010

NOME GERARDO TOMÉ DE SOUSA

FILIAÇÃO BENEDITO TOMÉ DE SOUSA

VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS

NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO 27/10/1975

DOC. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 19357 FOLHA: 40V

LIVRO: A-17/95 - VIÇOSA DO CEARÁ - CE

CPF

2 VIA

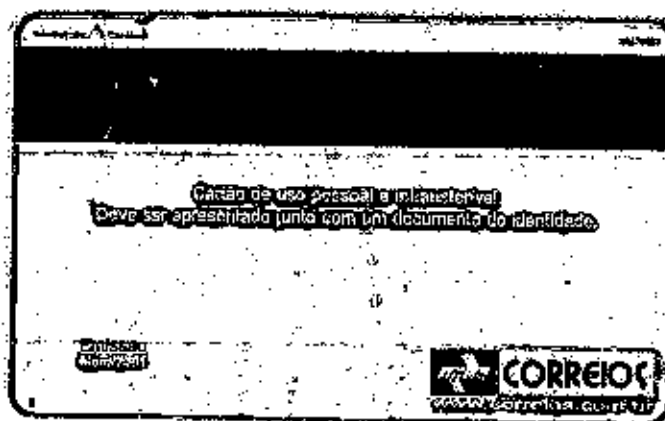
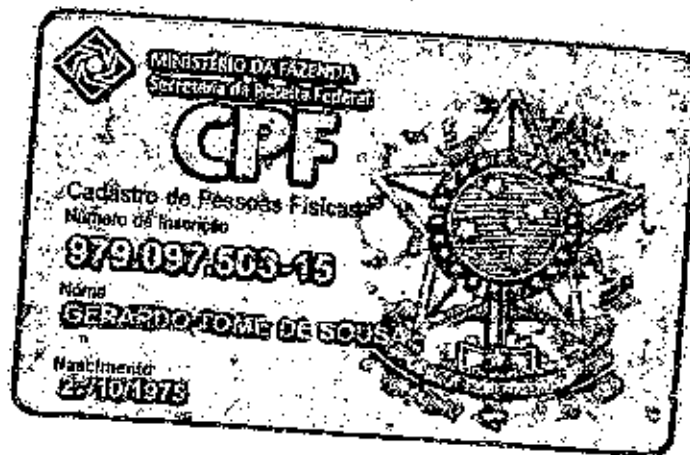
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 14

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017



UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017



REGISTRO GERAL 96015035535 DATA DE EMISSÃO 22/08/2010

NOME GERARDO TOMÉ DE SOUSA

FILIAÇÃO BENEDITO TOMÉ DE SOUSA

VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS

NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO 27/10/1975

DOC. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 19357 FOLHA: 40V

LIVRO: A-17/95 - VIÇOSA DO CEARÁ - CE

CPF

2 VIA

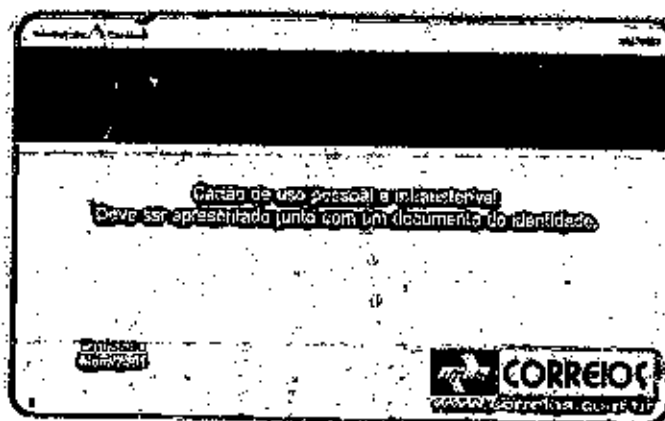
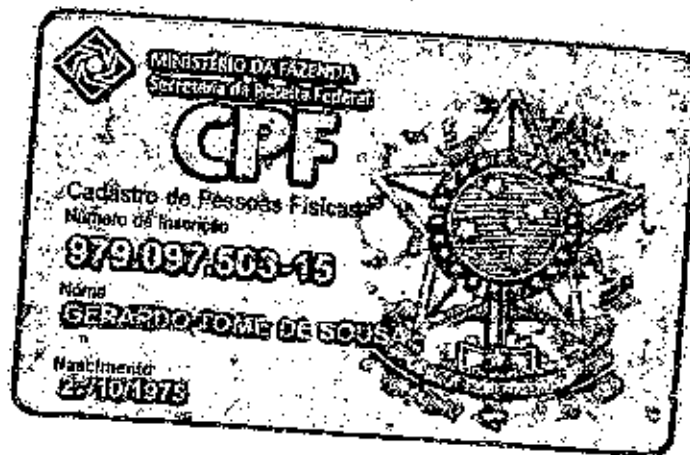
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 14

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017



UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CONTABILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO FABIO DE ARAGÃO

2001099070043 158

006 892 523 90 10/08/1984

LUIS GONZAGA DE ARAGÃO
LUCILENE MARIA DA
SILVA ARAGÃO

0382240100 38/01/2013 26/06/2013

EXERCÍCIO ATIV. REMUNERADA

10/07/2014

50069724555
CB142336143

959289861

UNIÃO SEGURADORA

09 JUN 2017

REPUBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

DETRAN - CE Nº 012167997690
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 RENAVAM 0032470232 EXERCÍCIO 2015

NOME DO PROPRIETÁRIO
LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA
VÍCIOSA DO CEARÁ

CPF/CNPJ 96020946304 PLACA 00CH947/CE

PLACA ANTIGA 96020946304 CHASSI 902JC4820K0914364

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL GASOL/ALDI

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

COR/POT/CIE 2P/09V/13430 CATEGORIA PARTIAL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ANO 2015

FAIXA 1ª VAL PARCELAMENTO/COTAS 2º ANO 2015

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 124,04 IOF (R\$) 14,34 PRÊMIO TOTAL (R\$) 148,38

COSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 COTA ÚNICA

DATA DE PAGAMENTO 06/08/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL VÍCIOSA DO CEARÁ DATA 06/08/2015

Assinatura do Proprietário

Assinatura do Detran

Assinatura do Oficial

Assinatura do Escrivão

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012167997690 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 27/08/2015

VIA 01 CPF/CNPJ 96020946304 PLACA 00CH947/CE

RENAVAM 0032470232 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2011 CILINDROS 09 CHASSI 902JC4820K0914364

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) 124,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 148,38

COSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 COTA ÚNICA

PAGAMENTO 06/08/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CKPJ 05.248.056/0001-04
www.seguradoralider.com.br



ATENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.
06 OUT. 2015
Maria Marty de Oliveira Carneiro
Escrivente

ATENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.
06 OUT. 2015
Maria Marty de Oliveira Carneiro
Escrivente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0960736/16
Vítima: GERARDO TOME DE SOUSA
CPF: 979.097.503-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/08/2015
Titular do CPF: GERARDO TOME DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERARDO TOME DE SOUSA : 979.097.503-15

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.

Portador da documentação entregue

Data: 06/07/2016
Nome: GERARDO TOME DE SOUSA
CPF/CNPJ: 979.097.503-15

GERARDO TOME DE SOUSA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/07/2016
Nome: Sharon David Mendes
CPF: 172.999.967-07

Sharon David Mendes



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GERARDO TOMÉ DE SOUSA

DATA DO ACIDENTE 30-08-2015 CPF DA VÍTIMA 819 097 503-15

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O mesmo

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR VILA PADRE VIEIRA

Nº 314 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE Vicosa do Ceará UF CE CEP 62300000

E-MAIL gerardo@gmail.com TELEFONE(_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10-06-2016

IDENTIDADE 960 150 355 35

ASSINATURA Gerardo Tomé de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 10-06-16 MATR. CORREIOS 81809204

NOME _____

ASSINATURA [Assinatura]

Rio de Janeiro, 31/03/2016
DPVAT/SIN - 04719/2016

Para: GERARDO TOME DE SOUSA
VILA PADRE VIEIRA, S/N
ZONA RURAL
VICOSA DO CEARÁ - CE
62300-000

REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS - PROJETO CORREIOS
SEDEX Nº DJ 48448311 6 BR

Prezado(a) Senhor(a),

Foram protocolados nos Correios documentos relativos ao acidente ocorrido com o(a) Sro(a). GERARDO TOME DE SOUSA, porém para que possamos efetuar o cadastramento do sinistro é necessário apresentar documentos contemporâneos ao acidente, que demonstrem a existência do acidente, as circunstâncias e a participação do interessado, tais como:

- Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou
- Atendimento pela Polícia Militar, ou
- Atendimento pela Polícia Civil, ou
- Atendimento e/ou remoção pela polícia Rodoviária Federal, ou
- Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares, ou
- Remoção pelo SAMU, ou
- Remoção pela Defesa Civil, ou
- Inquérito Policial, ou
- Aviso de sinistro em seguradora do ramo auto ou
- Outro documento que evidencie que o acidente relatado no B.O. por ato declaratório de fato ocorreu na data/local informado.

Estamos devolvendo todos os documentos e após a regularização da pendência, toda a documentação deverá nos ser encaminhada para o devido cadastramento e análise.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Documentação Regularizada

P- 200/001558/2016-001
SSS
Anexo: conf. texto



200/003558/2016 - 003

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GERARDO TOME DE SOUSA
 DATA DO ACIDENTE 30-08-2015 CPF DA VÍTIMA 339 097 503 15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 0 mesmo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR VILA PADRE VIEIRA
 Nº SN COMPLEMENTO _____ BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE VICOSA DO CARA UF CE CEP 62300-000
 E-MAIL gerardo@gmail.com TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

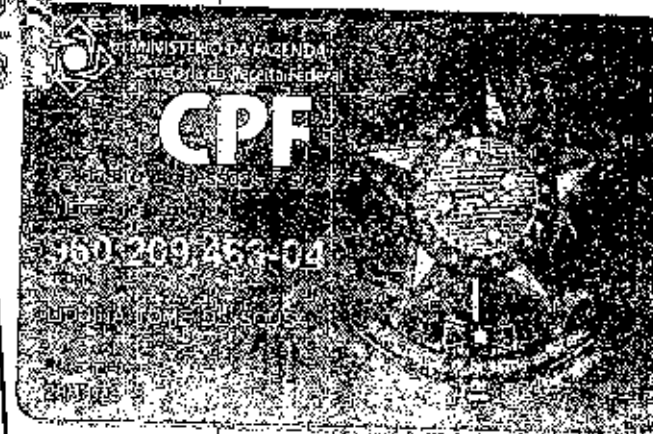
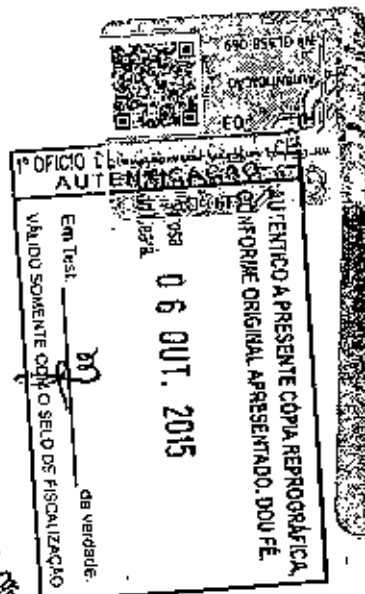
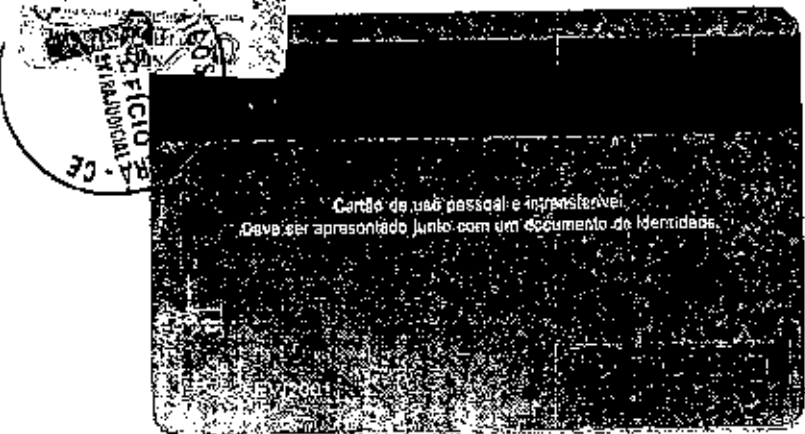
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18-03-2016
 IDENTIDADE 96015035535
 ASSINATURA Gerardo Tome de Sousa

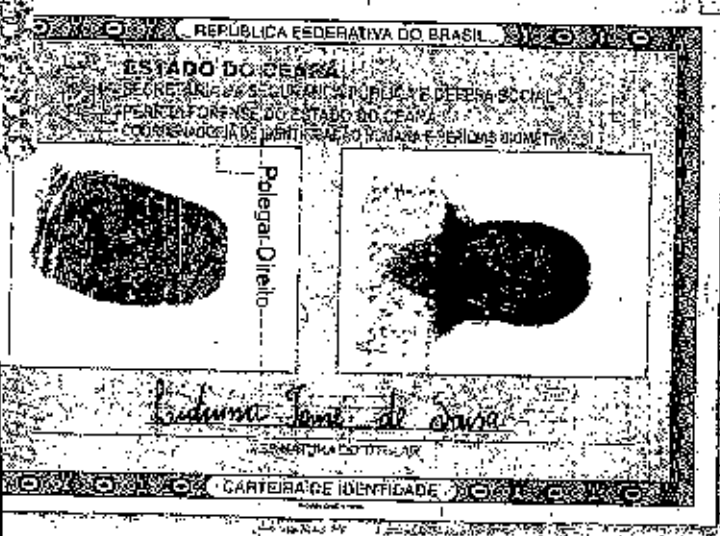
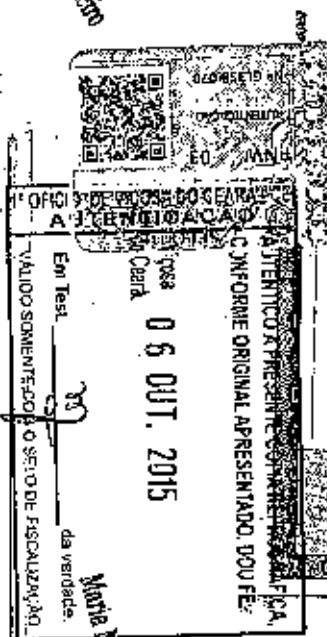
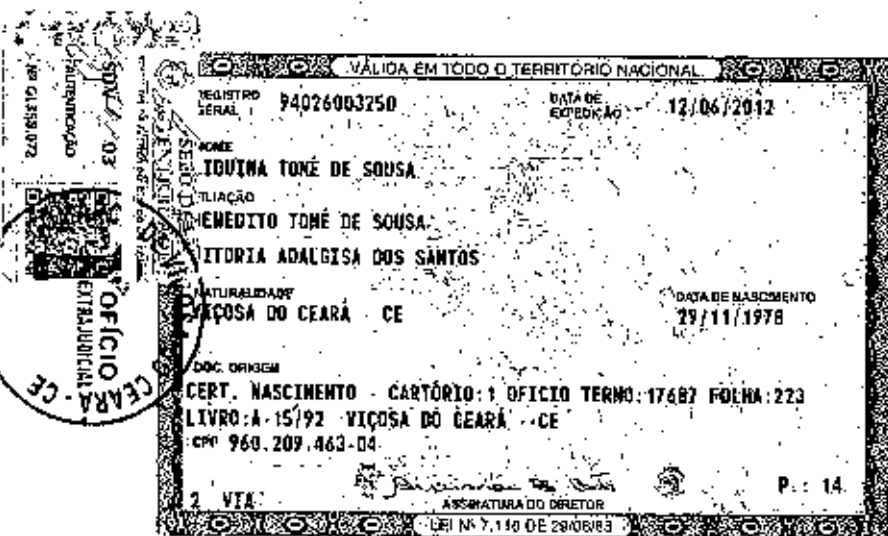
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 18-03-16 MATR. CORREIOS 1991342
 NOME Jose Henrique A. Silva
 ASSINATURA Jose Henrique A. Silva
 GENTE AG. 1991342



DE FISCALIZACÃO

Maria Mary de Oliveira Carmo
Escritor



37
Maria Mary de Oliveira Castro
Escritor

STANDARD - 05:01 9/27/2007 - 11 pages 100% E-MAILING

00000 - 22:41 31/03/16 14:22 - 00000

OFÍCIO DE VISCOSA DO CEARÁ - CE
AUTENTICAÇÃO

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO, DOU FÉ.

Vista do Ceará, 06 OUT. 2015

Em Test. _____ da verdade.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escritorinha

OFÍCIO DE VISCOSA DO CEARÁ - CE
AUTENTICAÇÃO

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO, DOU FÉ.

Vista do Ceará, 06 OUT. 2015

Em Test. _____ da verdade.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escritorinha

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
GERARDO TOMÉ DE SOUSA			
ENDEREÇO / Address			
Vila Padre Meiro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
62300600	Vicosa, Minas Gerais	MG	



RECICLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE 10

DEVOLUÇÃO / Return		(CN13)
☐ Mudou-se (Moved)	☐ Falhada (Delivered)	
☐ Recusado (Refused)	☐ Endereço insuficiente (Insufficient address)	
☐ Desconhecido (Unknown)	☐ Não existe o número indicado (Non-existing number)	
☐ Não procurado (Not searched)	☐ Outros (Other)	
☐ Ausente (Absent)		
Tentativas de entrega (delivery attempts)		
1ª ___/___/___ 2ª ___/___/___ 3ª ___/___/___		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Returned to service post)		
Data: ___/___/___ (Signature)		

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170350204 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERARDO TOME DE SOUSA **Data do acidente:** 30/08/2015 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA ULNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO DO MSD.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

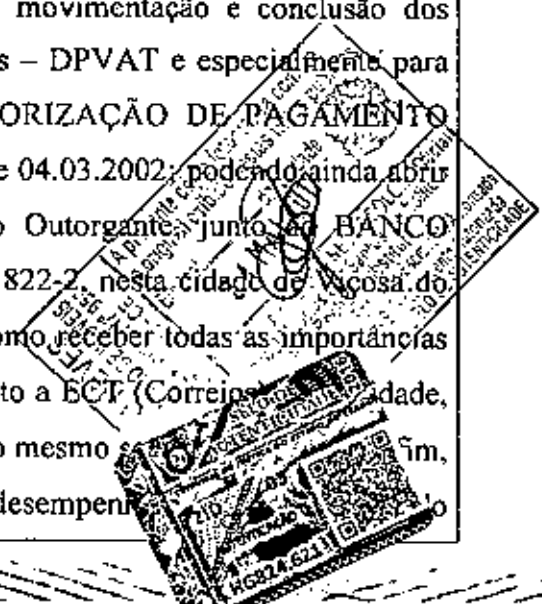
Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ GERARDO
TOMÉ DE SOUSA, NA FORMA ABAIXO:

UNIAO SEGURADORA

09 JUN 2017

SAIBAM quantos este instrumento público de procuração virem que, aos 15 (quinze) dias do mês de maio do ano de 2017 (dois mil e dezessete) nesta Cidade de Viçosa do Ceará, Estado do Ceará, no 1º Ofício, situado na Rua Professora Ana Maria, nº 775, Centro, compareceu perante mim Tabelião e Registrador Interino, como **Outorgante: GERARDO TOMÉ DE SOUSA**, brasileiro, maior, solteiro, como declarou sob responsabilidade civil e penal, agricultor, natural de Viçosa do Ceará/CE, portador da Carteira de Identidade nº 96015035535 SSPDS/CE, CPF/MF nº 979.097.503-15, residente e domiciliado no Distrito de Padre Vieira, Zona Rural, desta cidade de Viçosa do Ceará/CE; impossibilitado de assinar por não ser alfabetizado, assinando a rogo dele **Maria de Fátima da Silva**, brasileira, maior, solteira, agricultora, portadora da Carteira de Identidade nº 1889871-89 SSP/CE, CPF/MF nº 967.123.843-20, residente e domiciliada no Distrito de Padre Vieira, Zona Rural, desta cidade de Viçosa do Ceará/CE, ficando no final desta a impressão datiloscópica do polegar direito do Outorgante, como prova de seu consentimento. Parte que se identificou ser a própria, conforme documentação apresentada, cuja capacidade jurídica para o ato, dou fé. E, pelo Outorgante me foi dito que, nomeia e constitui seu **Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAÚJO**, brasileiro, maior, divorciado, empresário, portador da Carteira de Identidade nº 2001099079843 SSP/CE, CPF/MF nº 006.892.523-90, residente e domiciliado na Av. Lamartine Nogueira, s/nº. Bairro São José, nesta Cidade de Viçosa do Ceará/CE; a quem concede amplos e irrestritos poderes para o fim especial de receber junto a qualquer seguradora que faça parte do Consórcio de Seguros Obrigatórios de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre – DPVAT, bem como receber a indenização, podendo praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares dos seguros obrigatórios – DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO conforme ofício circular DPVAT/SIN nº 015/2002 datado de 04.03.2002, podendo ainda abrir e movimentar conta corrente ou poupança em nome do Outorgante, junto ao BANCO BRADESCO S/A, Agência 0727-7, Conta Corrente nº 0011822-2, nesta cidade de Viçosa do Ceará/CE, ou em qualquer agência bancária do país, bem como receber todas as importâncias devidas ao Outorgante, poderes ainda para representá-lo junto a ECT (Correios) e demais, com o fim de receber todas as correspondências referentes ao mesmo e, ainda, praticar todos os atos que se fizerem necessários ao perfeito desempenho.





INALDO DE JESUS DOS SANTOS
Tabelião e Registrador Público

VERSO

tudo por bom, firme e valioso, **vedado o substabelecimento**. Os dados ou elementos contidos neste instrumento foram fornecidos por declaração, ficando o Outorgante responsável por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. **Emolumentos R\$29,26. FERMOJU R\$3,69. SELO R\$4,75. ISS R\$1,46. FAADep R\$1,46. FRMP R\$1,46. TOTAL R\$42,09.** Assim o disse, do que dou fé; me pediu este instrumento, que lhes lavrei em minhas notas, lendo-o o Outorgante, e, tendo achado conforme, outorgou, aceitou e assinou. Eu, LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO, Escrevente Substituta a fiz digitar. Eu, LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO, Escrevente Substituta a subscrevo e assino. (aa) MARIA DE FÁTIMA DA SILVA a rogo de GERARDO TOMÉ DE SOUSA. Trasladada em seguida.

Selo nº AD 051.411.

Viçosa do Ceará, 15 de maio de 2017.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO
Escrevente Substituta

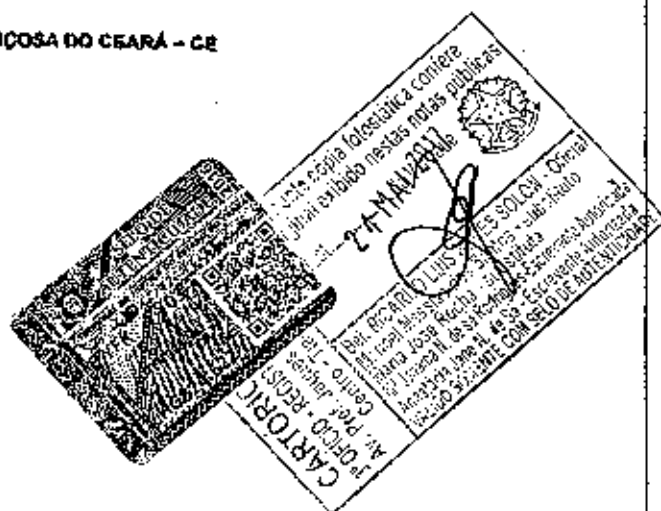
UNIÃO SEGURADORA

09 JUN 2017



**VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE**

1º OFÍCIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11227143

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170350204 ASL-0224059/17

Vitima: GERARDO TOME DE SOUSA

Data Acidente: 30/08/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11227160

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170350204 ASL-0224059/17

Vítima: GERARDO TOME DE SOUSA

Data Acidente: 30/08/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11289951

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170350204 ASL-0224059/17

Vitima: GERARDO TOME DE SOUSA

Data Acidente: 30/08/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2017

Carta nº: 11424771

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170350204 ASL-0224059/17

Vitima: GERARDO TOME DE SOUSA

Data Acidente: 30/08/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11598020

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro: 3170350204 ASL-0224059/17
Vítima: GERARDO TOME DE SOUSA
Data Acidente: 30/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11717897

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro: 3170350204 ASL-0224059/17
Vítima: GERARDO TOME DE SOUSA
Data Acidente: 30/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11787452

A/C: GERARDO TOME DE SOUSA

Sinistro: 3170350204 ASL-0224059/17
Vítima: GERARDO TOME DE SOUSA
Data Acidente: 30/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **GERARDO TOME DE SOUSA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000727-7**

Conta: **0000011822-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GERARDO TOMÉ DE SOUSAPORTADOR(A) DO RG Nº 96015035535 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 22/08/10 ECPF 049099903-13 /CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GERARDO TOMÉ DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner ou dados escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 033822-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picosas Leão, 17 de Março

LOCAL E DATA

de 2016 Gerardo Tomé de Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

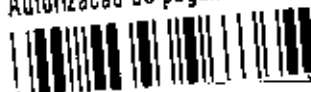


SEGURO PARA LINHA DEB - 10 - 24HRS 11-22 - 0005716
 11 - 20/02/2016 14:00 - GERARDO TOME DE SOUSA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Quando Tomé de Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 96015035535

EXPEDIDO POR _____

EM 22/08/2010

CPF 979097503-15 / CNPJ _____

PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Quando Tomé de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11.822-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Vicosa - Pá, 16 de maio de 2017

LOCAL E DATA

Antonio Fabio de Araújo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 24/05/2017 Hora 17:10 Term 057652
N.Trans 5059 Banco 237 Agencia 0727
Conta 0002084-2 Valor

Favorecido:
Banco 237
Agencia 0727 / VIGOSA DO CEARA
Conta 0011822-2

Titular: GERARDO TOME DE SOUSA

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 01

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

UNIÃO SEGURADORA
09 JUN 2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Gerardo Tome de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): VI Padre Vieira, S/N
Rural Vicosa do Ceara CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 96015035535
Data local do exame: [03/10/2017] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FX DA DIÁFISE DA ULNA DIREITA. ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO DO MSD.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- ATENDIDO NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, ONDE FOI INTERNADO E SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**
Data da alta: MARÇO DE 2016.
QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO ANTEBRAÇO DIREITO, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO DO MSD.
Complicações: SEM.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD, PELA ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR, DIMINUIÇÃO DE FORÇA E BLOQUEIO ARTICULAR DO MSD.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO SUPERIOR - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 1542 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 29/09/2015 14:16:51
Data / Hora da Ocorrência : 30/08/2015 19:00:00
Endereço da Ocorrência: SÍT ASSIMIN

ZONA RURAL, VICOSA DO CEARÁ /CE

Ponto de Referência: PM. AO CHICO BUDÓ

Dados do(s) Fl(s)me(s)

Nome: GENARDO TOMÉ DE SOUSA
Nascimento : 27/10/1975
RG: 9607503535 Órgão Emissor: SSPDS UF: - CPF: 97909750315
Filiação: BENEDITO TOMÉ DE SOUSA
VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS
Endereço: SÍT PADRE VIEIRA
ZONA RURAL, 62300000
VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRA CITADOS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, 2011/2011, CHASSI 9C23C4828BR014364, PLACA CCH-8947CE E REGISTRADA EM NOME DE LIDUINA TOMÉ DE SOUSA; QUE EM DETERMINADO MOMENTO DA VIAGEM, UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA E NO INTUITO DE EVITAR A COLISÃO, O NOTICIANTE BATIU EM UM BURACO, QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, O CONDUTOR TEVE UM FRATURA NO BRAÇO DIREITO E DIVERSAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM ANEXO; QUE ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT, QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANILO DE ANDRADE SILVA FEITOSA - MAT.: 404724-1

Daniilo de Andrade S. Feitosa
INSPECTOR DE POLÍCIA CIVIL
MAT.: 404724-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO, DOU FE.

06 OUT. 2015

Em Test. _____ de verdade.

VALIDO SOMENTE COM O Selo de Fiscalização

Mania Mary de Oliveira Carneiro
Escrevente



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1582 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/09/2015 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2015 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO ASSIMIN**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência: **PX. AO CHICO BIDO**



Dados da(s) Vítima(s)

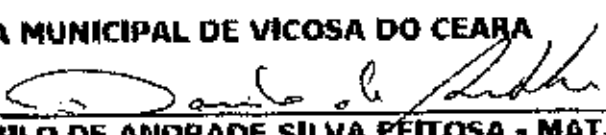
Nome: **GERARDO TOMÉ DE SOUSA**
Nascimento: **27/10/1975** CPF: **979.097.503-15** UF: **CE**
RG: **96075035535** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS**
BENEDITO TOMÉ DE SOUSA
Endereço: **SITIO PADRE VIEIRA** CEP: **62.300-000**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, 2011/2011, CHASSI 9C2JC4820BR014364, PLACA OCH-8947/CE E REGISTRADA EM NOME DE LIDUINA TOME DE SOUSA; QUE EM DETERMINADO MOMENTO DA VIAGEM, UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA E NO INTUITO DE EVITAR A COLISÃO, O NOTICIANTE BATEU EM UM BURACO; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, O CONDUTOR TEVE UM FRATURA NO BRAÇO DIREITO E DIVERSAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM ANEXO; QUE ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT; QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


DANILO DE ANDRADE SILVA PEITOSA - MAT.: 404724-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):


GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

UNIÃO SEGURADORA

09 JUN 2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1582 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/09/2015 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2015 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO ASSIMIN**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência: **PX. AO CHICO BIDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERARDO TOMÉ DE SOUSA**
Nascimento: **27/10/1975** CPF: **979.097.503-15** UF: **CE**
RG: **96075035535** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS**
BENEDITO TOMÉ DE SOUSA
Endereço: **SITIO PADRE VIEIRA** CEP: **62.300-000**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, 2011/2011, CHASSI 9C2JC4820BR014364, PLACA OCH-8947/CE E REGISTRADA EM NOME DE LIDUINA TOME DE SOUSA; QUE EM DETERMINADO MOMENTO DA VIAGEM, UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA E NO INTUITO DE EVITAR A COLISÃO, O NOTICIANTE BATEU EM UM BURACO; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, O CONDUTOR TEVE UM FRATURA NO BRAÇO DIREITO E DIVERSAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM ANEXO; QUE ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT; QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANILO DE ANDRADE SILVA PEIXOSA - MAT.: 404724-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

UNIÃO SEGURADORA

09 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, GERARDO TOMÉ DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 96015035535 e inscrito no CPF/MF sob o nº 979.097.903-15, residente e domiciliado na VILA PADRE VIEIRA ZONA RURAL, Cidade VÍGOSA DO PEARÁ, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Gerardo Tomé de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Vigosa do Ceará, 17 de março de 2016

Local e data

Seguradora Líder DPVAT - 11 - 23/03/2016 14:22 - 00055719

Seguradora Líder DPVAT - 11 - 23/03/2016 14:22 - 00055719