

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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550485

Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CACILDO VIEIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

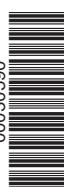
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550485

Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CACILDO VIEIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550485

Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CACILDO VIEIRA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190550485** Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CACILDO VIEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **CACILDO VIEIRA DA SILVA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006461

Conta: 0000014843-6

Tipos de Conta:

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550485

Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CACILDO VIEIRA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190550485 **Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 05/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CACILDO VIEIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 22/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15146027

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **443.994.133-87** 3 - CPF da vítima: **443.994.133-87** 4 - Nome completo da vítima: **Cacilda Oliveira da Silva**

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

5 - Nome completo: Cacilda Oliveira da Silva	6 - CPF: 443.994.133-87		
7 - Profissão: Floricultor	8 - Endereço: Rua Pedro Moreira de Oliveira	9 - Número: 433	10 - Complemento: —
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Baucau	13 - Estado: CE	14 - CEP: 63603-080
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (85) 987241596	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **6460**

CONTA: **14843** **6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--

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

34

INSCRIÇÃO
Nº 01/18
- Testemunha
- beneficiário
- não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Baucau 06/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

443.994.133-87

4 - Nome completo da vítima:

Gacildo Vieira da Silva

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

5 - Nome completo:

Gacildo Vieira da Silva

6 - CPF:

443.994.133-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Lromerciante Rua Pedro Moreira de Oliveira

9 - Número:

433

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Caucaia

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61603-080

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 937241586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deboou

Sim

nascituro (val/nascer)?

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário - não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Caucaia 06/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

443.994.133-87

Gacildo Vieira da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):

*Gacildo Vieira da Silva
Comerciante Rua Pedro Moreira de Oliveira 433
Centro Cauciaí CE 61603-080
(55) 9874-41586*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **6461**

CONTA: **34843**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascidas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Cauciaí 06/08/2019

**Gacildo Vieira da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

031073619



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
 Impresso nº 2019536535



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 7196 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **06/08/2019 09:31:47**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/06/2019 04:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 222 KM 03**
 Complemento:
 Bairro: **TABAPUÁ** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência: **POSTO TABAPUÁ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CACILDO VIEIRA DA SILVA**
 Nascimento: **18/07/1970** CPF:
 RG: **97002620173** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA MIRTES MOREIRA SILVA**
PEDRO VIEIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA PEDRO MOREIRA DE OLIVEIRA, 433**
 Bairro: **PARQUE SOLEDADE**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **3062-6250**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORT0863** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC1670DR488889 Renavam: **543890759** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE ADRIANO OLIVEIRA VIEIRA**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado trafegava em sua moto acima descrita, no sentido Caucaia Fortaleza quando ao chegar no sinal, um ônibus da Empresa Vitória fez um retorno ocasionando uma colisão entre a moto do declarante e o referido ônibus; que o declarante não sabe informar a placa do ônibus pois caiu ao solo e o motorista do ônibus seguiu viagem; Que o declarante lembra que a colisão foi na lateral traseira do ônibus; Que o declarante foi levado ao hospital Frotinha de Antônio Bezerra, por uma Ambulância do Samu, onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Josenildo Moura de Menezes
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jacildo Vieira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

Luis Rodrigues Cavalcante Junior
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

*REITORA DE SEG. LITORÂNEA
09 SET. 2019*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 7196 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2019 09:31:47**
Data / Hora da Ocorrência: **05/06/2019 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 222 KM 03**
Complemento:
Bairro: **TABAPUÁ** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO TABAPUÁ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CACILDO VIEIRA DA SILVA**
Nascimento: **18/07/1970** CPF:
RG: **97002620173** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA MIRTES MOREIRA SILVA**
PEDRO VIEIRA DA SILVA
Endereço: **RUA PEDRO MOREIRA DE OLIVEIRA, 433**
Bairro: **PARQUE SOLEDADE**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **3062-6250**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORT0863** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC1670DR488889 Renavam: **543890759** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE ADRIANO OLIVEIRA VIEIRA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado trafegava em sua moto acima descrita, no sentido Caucaia Fortaleza quando ao chegar no sinal, um ônibus da Empresa Vitória fez um retorno ocasionando uma colisão entre a moto do declarante e o referido ônibus; que o declarante não sabe informar a placa do ônibus pois caiu ao solo e o motorista do ônibus seguiu viagem; Que o declarante lembra que a colisão foi na lateral traseira do ônibus; Que o declarante foi levado ao hospital Frotinha de Antônio Bezerra, por uma Ambulância do Samu, onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Joenildo Moura de Menezes
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jacildo Vieira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

Luis Rodrigues Cavalcante Junior
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190550485
Nome do(a) Examinado(a): Cacildo Vieira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pedro Moreira de Oliveira, S/N
Centro Centro CE CEP: 61603-080
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 97002620173
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [22/11/2019] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

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

Tratamento: REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA
Complicações: SEM

Data da Alta: 24/09/2019

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

LIMITAÇÃO MODERADA DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190550485
Nome do(a) Examinado(a): Cacildo Vieira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pedro Moreira de Oliveira, S/N
Centro Centro CE CEP: 61603-080
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 97002620173
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [04/10/2019] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

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

Tratamento: IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA

Complicações: SEM

Data da Alta: 24/09/2019

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

DEFORMIDADE ÓSSEA, HIPOTROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

443.994.133-87

4 - Nome completo da vítima:

Gacildo Vieira da Silva

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

5 - Nome completo:

Gacildo Vieira da Silva

6 - CPF:

443.994.133-87

7 - Profissão:

Lcomerciante

8 - Endereço:

Rua Pedro Moreira de Oliveira

9 - Número:

433

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bentos

12 - Cidade:

Caucaia

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63603-080

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 937241586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Toda os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei a declaração de que não há IML**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou ou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (crianças)?

Sim

Não

31 - Vítima teve imóveis?

Sim

Não

32 - Se tinha imóveis, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34.

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o documento

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Caucaia 06/08/2019

***Gacildo Vieira da Silva**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



Prova do ato notariorio

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **CACILDO VIEIRA DA SILVA**, portador do RG n.º 97002620173, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 443.994.133-87, dia 05/06/2019, às 05h00, Município de Caucaia-CE, na Rodovia Br 222, KM 03, próximo ao Posto do Tabapuá, vítima de acidente de trânsito, colisão entre ônibus e motocicleta, sendo removido para o Hospital Doutor Evandro Ayres Moura. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 13 de junho de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CACILDO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06461

CONTA: 000000014843-6

Autenticação:

2630C6C66C0E41BAE3AE7E4FB31FB611D64FDC6D90101654414615EBD33EBD4D

DADOS DO CLIENTE

Nome: CACILDO VIEIRA DA SILVA

End. Leitura: RU PEDRO MOREIRA DE OLIVEIRA, 433, CENTRO DE CAUCAIA

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61.603-080

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 129

Setor: 005

Quadra: 0131

Lote: 0126

Compr.: 0000

Subsetor:
Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semestral(m³)
AGUA	A17F110736	370	384	14	17

DATAS

Leitura Atual: 25/07/2019 | Emissão: 06/08/2019 | Laço Água: 87833
 Leitura Anterior: 25/06/2019 | Próxima Leitura: 23/08/2019 | Laço Esgoto: 146527

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Analysadas	151	151	151	150	150
Em conformidade	150	151	150	141	150

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m3 | META: 10 m3.

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Aqua (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	47,58	JUL/2018	15	12
ESGOTO	33,12	AGO/2018	17	13
MULTA DE 2%	1/1	SET/2018	20	16
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	OUT/2018	20	16
TARIFA DE CONTINGENCIA	1/1	NOV/2018	20	16
ACRESC.IMPONT.AGUA	1/1	DEZ/2018	19	15
TARIFA CONTINGENCIA		JAN/2019	22	17
JUROS/MULTA TARIFA	1/1	FEV/2019	18	14
CONTINGENCIA		MAR/2019	15	12
		ABR/2019	15	12
		MAY/2019	16	12
		JUN/2019	16	12

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO		
		Descrição	VALOR DO SERVIÇO	Valor (R\$)
PIS	1,05			132,04
COFINS	5,25		VALOR DO SUBSÍDIO	22,05
			VALOR TOTAL A PAGAR	109,99

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2019	13/08/2019	109,99

OPÇÕES PAGAR SEM EXTRATO

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

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0056476183 | Código de Responsável: _____ | Mês/Ano: 07/2019

Local: 129 | Setor: 5 | Quadra: 0131 | Lote: 0126 | Compr.: 0000
Subsetor: Subquadra:

Cidade: CAUCAIA | Vencimento: 13/08/2019 | Total (R\$): 109,99

82680000001-8 09990009400-6 05647618301-9 00074231035-2



EMISSÃO: GESSE 06/08/2019 08:49:01



Esta é a segunda via de

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

9681143 DV **9**

VENCIMENTO

15/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

71,26

DESCRIPÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

End. da Unidade Consumidora RU PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA
61603070

RG / CPF / CNPJ 420.119.223-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

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

Fator de Potência 0

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

3295	3217	1	78	0	78
------	------	---	----	---	----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

78	0,76394	59,58
----	---------	-------

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,04
MULTA MORATÓRIA	1,24
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL-INT	10,40

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0,1 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

Consta desta fatura R\$ 2,14 referente à PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,9%
(Art. 3º Bens. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9681143-9** Nº da Nota Fiscal: **579720098** Total a Pagar (R\$): **71,26**

Data de Emissão: **29/07/2019** Referência: **JUN/2019** Nº de Controle: **0009681143 00010 4312 2 03**

83890000000-5 71260031000-9 00096811430-0 00104312228-9



INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,13

Conjunto: CAUCAIA

Mês: ABR/ 2019

DIC (h)	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,19	10,38	20,77	0,21	0,00	0,00	
3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00	
2,94			0,21			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adenilson Luz de Azevedo,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223, 72; na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Coaldo Luís da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 443.994.113, 87,
do sinistro de DPVAT cobertura Inviabilidade da Vítima Coaldo Luís da Silva.
inscrito (a) no CPF sob o Nº 443.994.113, 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Paulo Gomes da Silva</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:	<u>—</u>
Bairro:	<u>Flórida</u>	Cidade:	<u>Caicó</u>	Estado:	<u>CE</u> CEP: <u>61603070</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>87241586</u>

Local e Data: Caicó

Assinatura do Declarante

Delegado, LTDA.

09 SET. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adenilson Luz de Azevedo,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Coaldo Luís da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 443.994.113, 87,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Coaldo Luís da Silva.
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 443.994.113, 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Paulo Gomes da Silva</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:	<u>—</u>
Bairro:	<u>FQ. Saldade</u>	Cidade:	<u>Baucaia</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:	<u>—</u>			CEP:	<u>61603070</u>

Local e Data: _____ Baucaia

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04

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

Eu, JOSE ADRIANO OLIVEIRA VIEIRA

RG nº 05600611347, data de expedição 25/04/2017

Órgão MTE, portador do CPF nº 60441892361,

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

PEDRO MOREIRA DE OLIVEIRA, nº 433,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

* PACILO VIEIRA DA SILVA, cujo o condutor era

* CACILDO VIEIRA DA SILVA.

Veículo: Motociclo Modelo: HONDA/CG 150 FAN Ano: 2013

Placa: ORT 0863 chassi: 9C2KC1670DRH88889

Data do Acidente: 05/06/19

Local e Data:

Caucaia 05/08/2019

Jose Adriano O. Vieira

Assinatura do Declarante

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



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELÍA: ÁREA KURNA LIMA LINHARES LOLOLA - CNPJ: 61.710.807/0001-42
Rua Pedro Góes da Riveira, 733 - Centro - CEP: 61.080-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3221-7581 E-mail: cartorioximenes@cartorioximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura
indicada de JOSE ADRIANO OLIVEIRA VIEIRA, Cou Fé
Caucaia-CE, 05 de agosto de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrivente Autorizado

602.844.223-08
Cartório Ximenes
Centro

Caixa os dados no site
www.cartorioximenes.com.br



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE CACILDO VIEIRA DA SILVA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 217449	Nº DO BE 294667
CIDADE CAUCAIA		NASCIMENTO 18/07/1970 (48 ANOS)		SEXO M	RAÇA/COR PARDO
DOCUMENTOS				NOME MÃE MARIA MISTES MOREIRA SILVA	
NOME RESPONSÁVEIS NI		ENDERECO RUA PEDRO MOREIRA DE OLIVEIRA 433 PARQUE SOLEDADE			
MUNICÍPIO CAUCAIA UF CE		CONTATO (85)98599-8280			
CPF 01.603-080					
OCORRÊNCIA					
Estado da Ocorrência/Transfere/Dados do Acidente					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
Paciente PACIENTE EM JEJUM PARA PROCEDIMENTO EM MSD		MOTIVO CONSULTA DE RETORNO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI		SINAIS VITais SAT O2 NIV%		PULSO NI	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NH/NI		QUICKMA NI	
TEMPERATURA NI °C		ALÉRGIAS NI		DATA E HORA DA CL DATA: 01/06/2015	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO Carvalho M. C. S.					

ARTIGO ATENÇÃO MÉDICA
ATENDIMENTO TRAUMÁTICO

ATENDIMENTO MÉDICO

卷之三

PRESSÃO ARTERIAL:
N/D
ALERGIAS:
N/D
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO:
MARIA HELENA RODRIGUES

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
06/06/2019 07:46:59

Environ Biol Fish (2004)

303090090
TOD PROSEDEMPT

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIQ-X

() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

口頭審理WACの結果

TIPO DE ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA HELENA RODRIGUES em 06/06/2019 às 07:49:02

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CACILDO VIEIRA DA SILVA

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HNFM



RECEITA

Paulo Vitor
A. Soárez

Ossos col:

Oxotrom 60 - 1x
1 p 8/8 h

Dersane - 0/45
hidrogel
Agdolm ferme 5

5^o 8h

Dr. Ruyto Ayres da Moura
Médico
CRM: 2218

05/04/19

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS-SEBROS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4885.197/0010-35



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Caucáia Viver é ter saúde

Receituário

No oral

1) calégio 150 — = 100g

100g ao dia por

10 dias

(Assinatura) 20/06/2019

José Kerez Netto
Médico
CRM 17779.

CLÍNICA MÉDICO CLÁUDIO
SANTOS DA COSTA

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras







GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **CACILDO VIEIRA DA SILVA**, portador do RG n.º 97002620173, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 443.994.133-87, dia 05/06/2019, às 05h00, Município de Caucaia-CE, na Rodovia Br 222, KM 03, próximo ao Posto do Tabapuá, vítima de acidente de trânsito, colisão entre ônibus e motocicleta, sendo removido para o Hospital Doutor Evandro Ayres Moura. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 13 de junho de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

LAUDO MÉDICO

NOME: CACILDO VIEIRA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 05 / 06 / 19, ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA COM DIAGNOSTICO DE Fratura de Clavícula Direita. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO (X) CLÍNICO () CIRÚRGICO (X) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS E IMMOBILIZADAS RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM OUTUBRO 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 75 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL, LIMITAÇÃO NO ARCO DE MOVIMENTO, DEFÍCIT DE FORÇA E DIFICULDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MÍNIMA EXIGÊNCIA FÍSICA COM OMBRO DIREITO.

CAUCAIA 24 / 09 / 19

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM-10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

LAUDO MÉDICO

NOME: CACILO VIEIRA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 05/06/19, ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO Á TRATAMENTO () CLÍNICO () CIRÚRGICO () FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMATICA E IMODIUMICO RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM OUTUBRO 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 75 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL, LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO, DEFÍCIT DE FORÇA E DIFICULDADES PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM OMBRO DIREITO.

CAUCAIA 24/10/19

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM-10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

09 SEI. 2019

100% GENUINE
PICTURES INC. STG. LTD.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

EG

NOME
CACILDO VIEIRA DA SILVA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1633503805

DOC. IDENTIDADE / CRG. EMISSOR nº
97002620173 SSPDS CE

CPF **443.994.133-87** **DATA NASCIMENTO** **18/07/1970**

MUNICÍPIO
PEDRO VIEIRA DA SILVA
MARIA MIRTES MOREIRA
SILVA

PERMISSÃO **ADC** **CATAR**
AB

NP. NIBERIO **02136572945** **VALIDEZ** **22/03/2023** **1ª HABILITAÇÃO** **04/01/2002**

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO!

Cacildo Vieira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **FORTALEZA, CE** **DATA EMISSÃO** **27/03/2018**

(Assinatura de Cacildo Vieira da Silva)

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

61693899405
CE164286101



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190550485 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: DEFORMIDADE ÓSSEA, HIPOTROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cacilda Vieira da Silva, brasileiro(a), estado civil
Solteiro, profissão Promovimentu, residente e domiciliado à Rua
Pedro Moreira da Oliveira nº 133, bairro Centro, Município de
Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep.:61603080, portador(a) do Rg
nº 97002620173, SSP/CE e CPF nº 433.994.133-87

Outorgado: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob oº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cacilda Vieira da Silva, ocorrido em 05/06/2019 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

Invalidez

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Caucaia, de de 2019.

Assinatura: X Cacilda Vieira da Silva

Nome do Outorgante: Cacilda Vieira da Silva

CPF nº 433.994.133-87

RIO CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 SET. 2019



**ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOLOLA - CNPJ: 91.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3261.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br**

Valido somente com o selo de autenticidade
Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura
indicada de **CACILDO VIEIRA DA SILVA**. Dou Fé **Caucala-**
CE, 06 de agosto de 2019.
Em Test^o da Verdade.
Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrivane Autorizado

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

Confira os dados do ato em:
sejodigital.tjgo.jus.br/portal



**RECONHECIMENTO DE FIRMA
POR AUTÊNTICIDADE**

PROCURAÇÃO

Outorgante: Paulo Vieira da Silva, brasileiro(a), estado civil
Solteiro, profissão Pomerancio, residente e domiciliado à Rua
Ribeiro Moreira de Oliveira nº 433, bairro Centro, Município de
Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep: 61603080, portador(a) do Rg
nº 97002620173, SSP/CE e CPF nº 433.994.133-87

Outorgado: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob oº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Paulo Vieira da Silva, ocorrido em 05/06/2019 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

Invalidez

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Caucaia

, de de 2019.

Assinatura: XPaulo Vieira da Silva

Nome do Outorgante: Paulo Vieira da Silva

CPF nº 433.994.133-87



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOiola - CNPJ: 01.730.867/0001-42
Rua Pedro Amorim da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucala / CE
Tel: (85) 3221.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** à assinatura
indicada de **CACILDO VIEIRA DA SILVA**, Dou Fé. **Caucala**-
CE, 06 de agosto de 2019.

Em Test^o da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrivente Autorizado

Confira os dados do ato em:
selodigital.tce.ce.jus.br/portal



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310736/19

Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

CPF: 443.994.133-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

CACILDO VIEIRA DA SILVA : 443.994.133-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331651/19

Número do Sinistro: 3190550485

Vítima: CACILDO VIEIRA DA SILVA

CPF: 443.994.133-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: CACILDO VIEIRA DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CACILDO VIEIRA DA SILVA : 443.994.133-87

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA