

---

**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

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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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



---

**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

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 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

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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

---

**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



# 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: 443.994.133-87 4 - Nome completo da vítima: Caetano 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: Caetano Vieira da Silva 6 - CPF: 443.994.133-87

7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: 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) 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: 6461 CONTA: 14843 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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

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: CAETANO VIEIRA DA SILVA

Assinatura da testemunha 09 SET. 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 06/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 443.994.133-87 4 - Nome completo da vítima: Pacildo 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: Pacildo Vieira da Silva 6 - CPE: 443 994 133 87  
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: 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 987241586

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:    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) (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não 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 - 1ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 06/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Pacildo Vieira da Silva

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: **443.994.133-87** 4 - Nome completo da vítima: **Facildo 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: **Facildo Vieira da Silva** 6 - CPF: **443.994.133-87**  
7 - Profissão: **Comerciante** 8 - Endereço: **Rua Pedro Moreira de Oliveira** 9 - Número: **433** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Barra Nova** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61603-080**  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **(85) 98241586**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **6461** 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) (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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivezes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Barra Nova 06/08/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0310736 19



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2**





**BOLETIM DE Ocorrência Nº 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 - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2**

**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**

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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

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

(X) 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

(X) 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.

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

**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

**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**

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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

☒ (X) 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

☒ (X) 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.

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

**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Acildo 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 - CPE: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Acildo Vieira da Silva

443.994.133.87

Comerciante Rua Bodo Nova de Oliveira

433

—

Centro

Pauçara

CE

61603-080

—

(85) 987241586

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\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 A 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa digital de 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pauçara 06/08/2019


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

*Prévia do Atto Declaratório*

### 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

# ITAÚ – 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

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Media Semestral m³
ÁGUA	A17F110735	370	384	14	17

## DATAS

Leitura Atual: 25/07/2019

Emissão: 06/08/2019

Lacre Água: 87833

Leitura Anterior: 25/06/2019

Proxima Leitura: 23/08/2019

Lacre 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
Analisadas	151	151	151	150	150
Em conformidade	150	151	150	141	150

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA 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		
ÁGUA	47,58	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ESGOTO	33,12	JUL/2018	15	12
MULTA DE 2%	3,85	AGO/2018	17	13
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,67	SET/2018	20	16
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	23,12	OUT/2018	20	16
ACRESC.IMPONT.ÁGUA	1,41	NOV/2018	20	16
TARIFA CONTINGÊNCIA		DEZ/2018	19	15
JUROS/MULTA TARIFA CONTINGÊNCIA	0,24	JAN/2019	22	17
		FEV/2019	16	14
		MAR/2019	15	12
		ABR/2019	15	12
		MAI/2019	16	12
		JUN/2019	16	12

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,05
COFINS	5,25

## SUBSÍDIO

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

MÊS/ANO

07/2019

VENCIMENTO

13/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

109,99

## ORDENAR PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBr, 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.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0056476183

Codigo de Responsável:

Mês/Ano: 07/2019

Local: 129

Setor: 5

Quadra: 0131

Lote: 0126

Comp: 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 n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**9681143** DV **9**

VENCIMENTO  
**15/07/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**71,26**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **579720098**

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 20 022000 08 044200

Medidor

Poste

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

2577879

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RJ PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA

Consumidora

61603070

RG / CPF / CNPJ

420.119.223-72

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

3295

3217

1

78

0

78

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

☒

Tarifa

☐

Valor (R\$)

ENERGIA

CONSUMO

78

0,76394

59,58

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/

Apresentação

Prev. Próxima

Leitura

08/07/2019

30/07/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E1B7.67EC.D4E8.C732.3976.DEA9.8FE1.1CC5

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)

59,58

Alíquota

27%

Valor do Imposto

16,08

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA

22,98

TRANSMISSÃO

1,82

DISTRIBUIÇÃO

13,50

ENCARGOS SETORIAIS

3,06

TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)

18,22

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

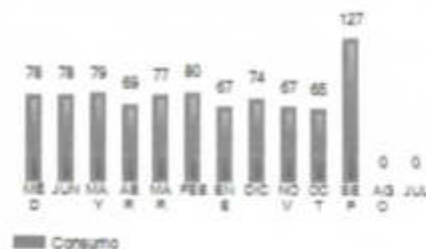
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,13

Conjunto CAUCAIA

Mês ABR/ 2019

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

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE

SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."

Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

Consta desta fatura R\$ 2,14 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,9%  
(Art. 9 Rev. 100/2005 - AMEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

9681143-9

N° da Nota Fiscal: 579720098

Total a Pagar (R\$): 71,26

Data de Emissão:

29/07/2019

Referência: JUN/2019

N° de Controle: 00096811430 00010 4312 2 03

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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu

Jose Ademilson Luz de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

420.119.223, 72

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Caio da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 443.994.113, 87

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Caio 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:

Paulo Gomes da Silva

Número:

226

Complemento:

Bairro:

Pq. Solitude

Cidade:

Caucaia

Estado:

CE

CEP:

61603070

E-mail:

Tel.(DDD):

87241586

Local e Data:

Caucaia

Assinatura do Declarante

SEGURO LÍDER, 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](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Ademilson Luz de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Caio da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 443.994.113 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Caio 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>P.O. Solidade</u>	Cidade: <u>Caucaia</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>—</u>		CEP: <u>61603070</u>
		Tel.(DDD): <u>87241586</u>

Local e Data: \_\_\_\_\_

Caucaia

Assinatura do Declarante

[Assinatura]

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1594 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, 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 MORAES 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

\* RACILDO VIEIRA DA SILVA, cujo o condutor era

\* RACILDO VIEIRA DA SILVA

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

Placa: ORT 0863 Chassi: 9C2KC1670DRH 88889

Data do Acidente: 05/06/19

Local e Data: CAUCAIA 05/08/2019

 JOSE ADRIANO OLIVEIRA 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  
TABELÃO: ANA KARENIA LIMA LINSMADES LOAIZA - CNPJ: 01.710.907/0001-43  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Dacazo - CEP: 61.890-120 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3521.7581 E-mail: cartorio3@cartoriosximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

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

Em Teste \_\_\_\_\_ da Verdade.

ana Soares Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

062.848.229-08  
Escrevente Autorizado

Cardeiro ou dados do ato em:  
[sedigital.tjce.jus.br/portal](http://sedigital.tjce.jus.br/portal)







Prefeitura de  
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SU:

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

#### DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE  
CACILDO VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS

NOME RESPONSÁVEL

MUNICÍPIO  
CAUCAIA

CPF  
01.603-080

NASCIMENTO  
18/07/1970 (48 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO  
217449

SEXO  
M

NOME MÃE

MARIA MISTES MOREIRA SILVA

Nº DO BE  
294667

RACIA/COR  
PARDO

ENDEREÇO  
RUA PEDRO MOREIRA DE OLIVEIRA 433 PARQUE SOLEDADE  
CITYATO  
(85)98599-8280

#### OCCORRÊNCIA

EXAME DE LABORATORIO TRANSFERÊNCIA DO ADICENTE

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA  
PACIENTE EM JEJUM PARA PROCEDIMENTO EM MSD

MOTIVO  
CONSULTA DE RETORNO

ESCALA DE DOR  
99 (ADULTO)

PM  
NI KG

TEMPERATURA  
NI °C

DIAPRISTÓCITO  
ANARILLO

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
MARIA HELENA RODRIGUES

SINAIS VITAIS

SAT O2

NI%

PULSO

NI

GLUCOSIA

NI

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO

06/06/2019 07:40:59

#### ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO TRAUMA

#### ATENDIMENTO MÉDICO

ASSISTENTE

*Rev 7 clausula D + hi su.*

*30.3090090*

EXAME DE RISCO

( ) TC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X

( ) OUTROS

#### PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*Dr. Rogério Aguiar Junior  
Médico  
CRM 5919*

#### TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA MÉDICA ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

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 - HNFAM



RECEITA

Camilo Vitor  
do Sob

Ossos out.

Oxotrom 60 - 1/4  
1 p 8/8h

Dersani - 0/4h  
hidrogel  
Aplicar 5 vezes

5<sup>a</sup> 8h

Dr. Roberto Ayres da Moura  
Médico  
CRM: 6416

05/04/19

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





Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

*Cacilda Vieira da Silva*

## Receituário

*uso oral*

*1) calque 150 — 100p*

*1eq ao dia por*

*10 dias*

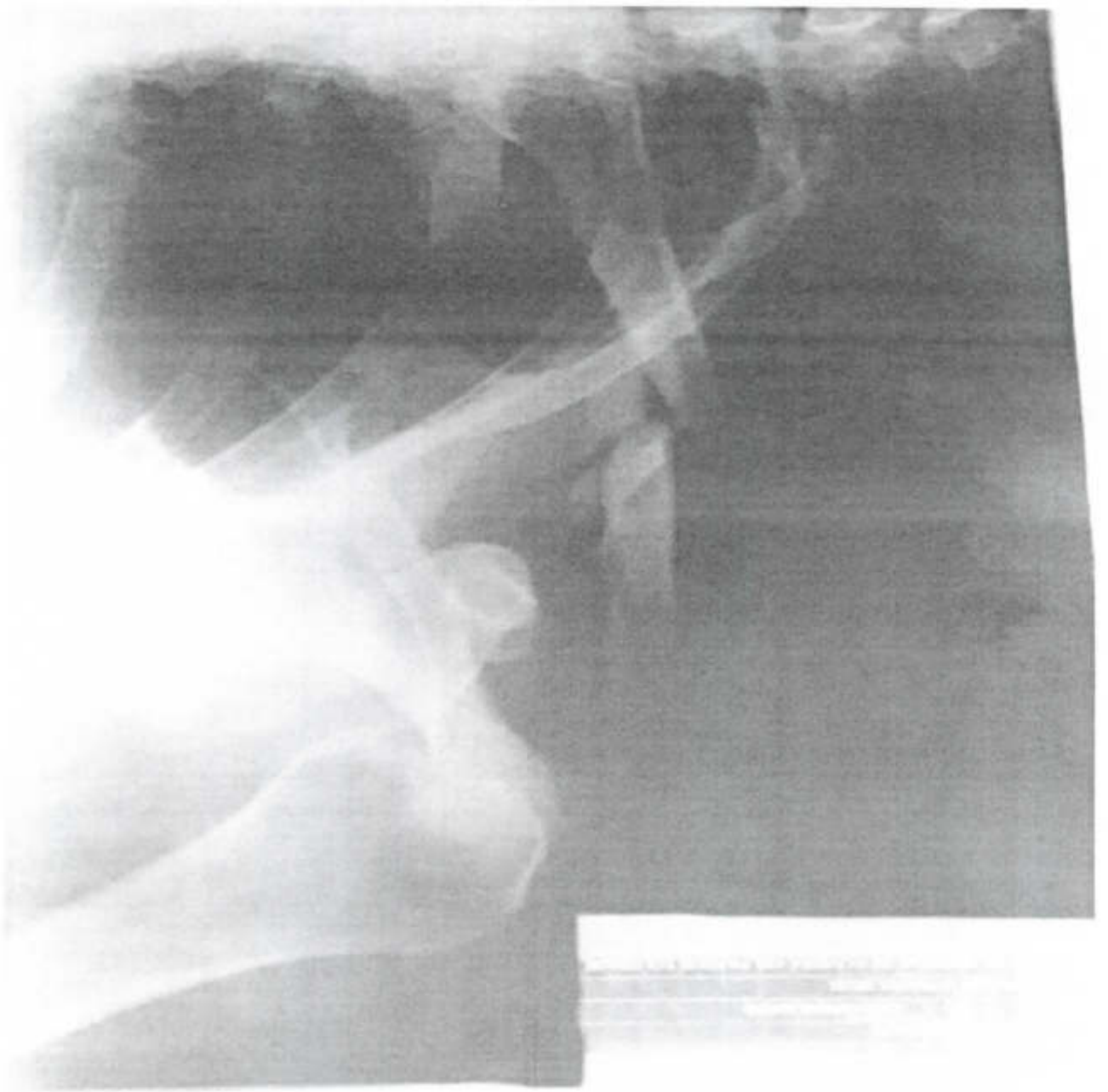
*de 20/06/2019*

*José Kerez Netto*  
Médico  
CRM 17779

*FLÁVIO*  
*CAUCAIA*

**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 BEVERRA COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO (X) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO (X) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA E IMOBILIZAÇÃO 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, DEFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE BAIXA 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 Uniclínica - 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: 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 BEVERA COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO (X) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO (X) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA E IMOBILIZAÇÃO 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, DEFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM OMBRO DIREITO.

CAUCAIA 24/09/19

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

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676  
Hospital Uniclínica - 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 SET. 2019  
BOL. COOPERATIVA DE SEC. LTDA.

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
<b>CACILDO VIEIRA DA SILVA</b>	
RG: 97002620173 SSP/CE	
CPF: 443.994.133-87	
DATA NASCIMENTO: 18/07/1970	
FUNÇÃO: PEDRO VIEIRA DA SILVA	
MARIA MIRTES MOREIRA SILVA	
FOTO: 	
FIM: <input type="checkbox"/> KOC: <input type="checkbox"/> CATIA: <input type="checkbox"/> AB: <input type="checkbox"/>	
VALIDADE: 22/03/2023	VALIDADE: 04/01/2002
Nº IDENTIFICAD: 02136572945	
LOCAL: PORTALEZA, CE	
ASSINATURA DO PORTADOR: <i>Cacildo Vieira da Silva</i>	
ASSINATURA DO EMISSOR: <i>[Signature]</i>	
CEARA	
61693899405	
CE164286101	
DATA EMISSÃO: 27/03/2018	
SEM OBSERVAÇÃO:	
1633503805	
PROIBIDO PLASTIFICAR	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
1633503805	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CE	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME CACILDO VIEIRA DA SILVA			
	DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO DT 97002620173 SSPDS CE		
	CPF 443.994.133-87	DATA NASCIMENTO 18/07/1970	
	FILIAÇÃO PEDRO VIEIRA DA SILVA MARIA MIRTES MOREIRA SILVA		
	PERMISSÃO [ ]	ACC [ ]	CAT. HAB. AB
	Nº REGISTRO 02136572945	VALIDADE 22/03/2023	1ª HABILITAÇÃO 04/01/2002
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO			
Assinatura do Portador: <i>Cacildo Vieira da Silva</i>			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 27/03/2018	
Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i>		61693899405 CE164286101	
CEARÁ			

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1633503805

PROIBIDO PLASTIFICAR

1633503805

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194686

UNIO OBRIGATORIO  
REGISTRAR O CIVIL PARA TODOS OS VIBS LEONAR  
(Art. 13 da Lei n. 8.394/94)



ASSINATURA DO PORTADOR



ANEXO 1000

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

**NOME**  
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

**FILIAÇÃO**  
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO  
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

**NATURALIDADE**  
PENTECOSTE-CE

**DATA DE NASCIMENTO**  
23/12/1975

**RG**  
90002287191 - SSP

**420.118.223-72**

**DATA DE EMISSÃO E VALIDADE**  
NÃO

**02 07/07/2018**

**ASSINATURA DO PRESIDENTE**  
MARCELO MOTA GONÇALVES DO AMARAL

**34130**



# 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:** Cacildo Vieira da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Comerciante, residente e domiciliado à Rua Pedro 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 o nº 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) Cacildo Vieira da Silva, ocorrido em 05.10.2019 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 Cacildo Vieira da Silva  
Nome do Outorgante: Cacildo Vieira da Silva  
CPF nº 433.994.133.87

RUA CARRETEIRA DE SEG. LTDA.

09 SET. 2019

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42  
Rua Padre Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3301.7501 • E-mail: cartorio@cartoriouximenes.com.br

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura  
indicada de **CACILDO VIEIRA DA SILVA**. Dou Fé **Caucaia-**  
**CE**, 06 de agosto de 2019.  
Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

Cartório de Registro de Imóveis de Caucaia - ME  
CNPJ 01.730.807/0001-42

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO  
Nº CO 09.23.79  
DATA 06/08/2019  
ASSINATURA  
E-MAIL

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Caetano Vieira da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Comerciante, residente e domiciliado à Rua Barão Marinho 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 o ° 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) Caetano 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: Caetano Vieira da Silva  
Nome do Outorgante: Caetano Vieira da Silva  
CPF nº 433.994.133.87





ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ALA KARINA LIMA LINDHART LINDHART - CNPJ: 01.738.967/0001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.608-129 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3331.7501 \* E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

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

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado



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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310736/19

**Vítima:** CACILDO VIEIRA DA SILVA

**CPF:** 443.994.133-87

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 05/06/2019

**Titular do CPF:** CACILDO VIEIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 05/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CACILDO VIEIRA DA SILVA

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA