



# ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## ANAMNESE DO PACIENTE

<b>DADOS DO PACIENTE</b>			( ) Prioridade	Registro: 16308
Nome: VIVIANE SIMÕES RODRIGUES			CNS: 898005864616747	
Idade: 34 anos 12 dias			Data Nasc: 17/09/84	
Nome da mãe: VANDIR SIMONE DA COSTA			Nome do pai:	
Endereço: 31			Nº: 468	
Bairro: JEREISSATI I			Município: MARACANAU	
RG:	Órgão Expedidor:	Expedição:	CPF:	
Celular	Telefone Residencial		Telefone Comercial	

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 29/09/18	CRM: 4364
Médico: JOSE FACUNDO NETO	Unidade: RECEPCAO
Especialidade:	Categoria: SUS
Convenio: SUS	MOTORISTA:
AMBULANCIA:	Situação:
NUMERO DA AR: 468	
Atendente: JOSE ADAIRTON NOBRE	

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
REC 26 SET 2019  
Nome:

## RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO: *Acidente de motocicleta por colar 1300 as 14h parando em um posto de gasolina e sofrendo lesão no joelho direito.*

## DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

*Exame físico e exames de imagem (raio X) apontam fratura exposta da cabeça do fêmur direito.*

## EXAMES SOLICITADOS

*Rx do joelho Direito (Lateral e Anteroposterior)*

## DIAGNOSTICO

*Fratura exposta da cabeça do fêmur direito* CID 030.3090.20

## PROCEDIMENTO

*Capular e fixação*

## REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO ( ) SIM (X) NÃO

## URGÊNCIA (X) SIM ( ) NÃO

Nº DE VEZE

MARACANAU, 29/09/2018

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
José Facundo Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 4364

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABMP  
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajuçara  
CEP: 61.941-330  
MARACANAU - CE 04/10/2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: VIVIANE SIMOES DA COSTA

BANCO: 104

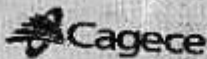
AGÊNCIA: 01961

CONTA: 000000073032-7

---

Nr. da Autenticação F48A1A33471FC41C





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria do Estado

2ª Via

Nº de Inscrição:

0004267702

DADOS DO CLIENTE

Nome: VIVIANE SIMÕES DA COSTA

End. Entrega: RU 68 CJ O JEREISSATI, 894, CARLOS JEREISSATI

Cidade: PACATUBA

End. Entrega:

CEP: 61.801-365

Cidade:

Local: 077

Sector: 061  
Subsector:

Quadra: 0109  
Subquadra:

Lote: 0052

Cenp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
AGUA	A023432188	072	074	2	2

DATAS

Leitura Atual: 23/08/2019

Emissão: 26/09/2019

Lacre Água: 9333845

Leitura Anterior: 25/07/2019

Próxima Leitura: 24/09/2019

Lacre Esgoto: 421588

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Estágio	054	054	010	054	054
Análise	054	054	011	054	054
Em conformidade	054	050	008	054	054

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	28,30	Mês/Ano
ESGOTO	22,64	AGO/2019
PARCELAMENTO DE DEBITOS	28,32	SET/2019
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,89	OUT/2019
		NOV/2019
		DEZ/2019
		JAN/2019
		FEV/2019
		MAR/2019
		ABR/2019
		MAY/2019
		JUN/2019
		JUL/2019

TRIBUTOS SOBRE O PAGAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,77
COFINS	3,84

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	103,48
VALOR DO SUBSIDIO	23,04
VALOR TOTAL A PAGAR	80,42

MÊS/ANO

08/2019

VENCIMENTO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,42

ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Para mais informações, consulte o site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no telefone: 0800 275 0195. O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

0800 275 0195

155

Para mais informações, consulte o site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no telefone: 0800 275 0195. O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme exigência das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Agência 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.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Valor devido  
atualizado

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004267702 Código de Responsável:

Mês/Ano: 08/2019

Local: 077

Sector: 01

Quadra: 0109

Lote: 0052

Cenp: 0000

Cidade: PACATUBA

Vencimento: 12/08/2019

Total (R\$): 80,42

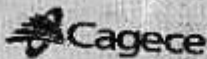
82670000000-1 80420009600-1 00426770201-9 03004231025-7



EMISSION: 25/09/2019 04:16:53







GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria do Estado

2ª Via

Nº de Inscrição:

0004267702

DADOS DO CLIENTE

Nome: VIVIANE SIMÕES DA COSTA

End. Entrega: RU 68 CJ O JEREISSATI, 894, CARLOS JEREISSATI

Cidade: PACATUBA

End. Entrega:

CEP: 61.801-365

Cidade:

Local: 077

Sector: 061  
Subsector:

Quadra: 0109  
Subquadra:

Lote: 0052

Cenp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
AGUA	A023432188	072	074	2	2

DATAS

Leitura Atual: 23/08/2019

Emissão: 26/09/2019

Lacre Água: 9333845

Leitura Anterior: 25/07/2019

Próxima Leitura: 24/09/2019

Lacre Esgoto: 421588

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Estágio	054	054	010	054	054
Análise	054	054	011	054	054
Em conformidade	054	050	008	054	054

MESSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	Mês/Ano		
ESGOTO	22,64	AGO/2019	1	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS	424	SET/2019	3	2
JUROS DE 0,033% AO DIA	171	OUT/2019	3	2
	0,89	NOV/2019	3	2
		DEZ/2019	2	1
		JAN/2020	2	1
		FEV/2020	0	10
		MAR/2020	0	10
		ABR/2020	0	10
		MAY/2020	2	1
		JUN/2020	4	3
		JUL/2020	2	1

TRIBUTOS SOBRE O PAGAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	8,77
COFINS	3,84

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	103,48
VALOR DO SUBSIDIO	23,04
VALOR TOTAL A PAGAR	80,42

MÊS/ANO

08/2019

VENCIMENTO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,42

ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Para mais informações, consulte o site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no telefone: 0800 275 0195. O Cagece é uma empresa de utilidade pública, sob a supervisão do Conselho Nacional de Regulação de Serviços Públicos (CONARE) e do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CONED).

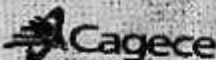
0800 275 0195

155

É obrigatório de você manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme Resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações, consulte o site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no telefone: 0800 275 0195. O Cagece é uma empresa de utilidade pública, sob a supervisão do Conselho Nacional de Regulação de Serviços Públicos (CONARE) e do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CONED).

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



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Valor devido  
atualizado

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004267702 Código de Responsável:

Mês/Ano: 08/2019

Local: 077

Sector: 01

Quadra: 0109

Lote: 0052

Cenp: 0000

Cidade: PACATUBA

Vencimento: 12/08/2019

Total (R\$): 80,42

82670000000-1 80420009600-1 00426770201-9 03004231025-7



EMISSION: 25/09/2019 04:16:53





# DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEÍCULO

Eu, Marlene Simões da Costa RG: 2001098117857  
 CPF: 003012523-51, residente e domiciliado (a) na Rua Rua 31, na  
 cidade de Maracanau, no estado de Ceará, venho por meio deste,  
 informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de  
 repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local  
 incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo  
 envolvido no acidente.

Nome do proprietário: Spécilcio Silveira Silva  
 Veículo: motocicla  
 Ano: 2010-2011  
 Placa: 00Q 9505/CE  
 Chassi: 9C2KD0550BR329850  
 Data do acidente: 29/09/18



Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos  
 governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro  
 Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas  
 penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data Fortaleza - 24 09/2019

CARTÓRIO  
 GUERREIRO

Marlene Simões da Costa

CO 23.1004 02 2019	RECONHECIMENTO DE FIRMAS	Reconheço por semelhança (a) firmas de:
	CARTEIRO GUERREIRO Rua Cap. Valdemar da Lima Nº 123 - Centro-Fone: 3371.1075 MARACANAÚ - CE	Dou fé Maracanau:
	24 SET. 2019	Em 24 de Setembro de 2019
	<input checked="" type="checkbox"/> Laisneide Queiroz de Oliveira - Oficial <input type="checkbox"/> Girilania Araújo Lopes - Substituta	da verdade



*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2394874/2019

**Situação:**

Encaminhamento automático

**Via:**

Internet

**Reclamada:**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO  
DPVAT S.A.**Data:**

30/09/2019 09:42:43

*Dados do reclamante***Segurado:**

viviane simoes da costa

**UF:**

CEARÁ

**CPF/CNPJ:**

003.012.523-51

*Formas de contato***E-mail:**

felipe.pavat@hotmail.com

**Telefone:**

(85) 99761-8930

**Celular:**

(85) 99761-8930

**Endereço:**

rua barao do rio branco 1779

**Bairro:**

CENTRO

**CEP:**

60.025-061

**Cidade:**

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho por meio desta reclamação ênfase da seguradora líder que está fazendo exigências abusivas foi cadastrado no número de sinistro 3190/ 554567 cobrando a declaração do proprietário do veículo sendo que já enviei a declaração do veículo, sendo que já para informando que não tem como eu enviar a devido declaração pois não tem parapeiros do proprietário do veículo e não fiz a transferência.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim







# ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## ANAMNESE DO PACIENTE

<b>DADOS DO PACIENTE</b>		( ) Prioridade	Registro: 16308
Nome: VIVIANE SIMOES RODRIGUES		CNS: 898005864616747	
Idade: 34 anos 12 dias		Data Nasc: 17/09/84	
Nome da mãe: VANDIR SIMONE DA COSTA		Nome do pai:	
Endereço: 31		Nº: 468	
Bairro: JEREISSATI I		Município: MARACANAU	
RG:	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
Celular	Telefone Residencial	Telefone Comercial	
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>			
Data atendimento: 29/09/18		CRM: 4364	
Médico: JOSE FACUNDO NETO		Unidade: RECEPCAO PREVIDENCIAS SIA	
Especialidade:		Categoria: SUS	
Convenio: SUS		MOTORISTA:	
AMBULÂNCIA:		Situação:	
NUMERO DA AR: 468		Nome:	
Atendente: JOSE ADAIRTON NOBRE			

## RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Acidente de moto (sic) por uso de  
cinto 13:00 h. Ate prontos socorros e socorro  
em primeiro socorro em local anterior do  
procedimento realizado

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Aparição de sinais e sintomas (com lesão)  
apresenta-se a seguir em detalhe

EXAMES SOLICITADOS

Ex do peito (Cint. 4 p. q.)

DIAGNOSTICO

Fratura exposta da  
diáfise da Cint. 4 p. q. CID 0303090200

PROCEDIMENTO

Capular e fixação

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO ( ) SIM ☒ NÃO

URGÊNCIA ☒ SIM ( ) NÃO

Nº DE VEZES (

MARACANAU, 29/09/2018

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

José Facundo Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 4364

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP  
Rua João Conrado, Nº. 363-Pajuçara  
CEP: 61.941-330  
MARACANAU-CE 07/10/2019





Secretaria de Administração Hospitalar

**DECLARAÇÃO**



Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o(a) paciente **VIVIANE SIMÕES DA COSTA** foi atendido (a) neste Hospital no dia **29/09/18** e seus dados foram inseridos incorretos em sua Ficha de Atendimento. Segue abaixo dados retificados.

Nome: **VIVIANE SIMÕES DA COSTA**

Data de Nascimento: **17/09/1984**

Mãe: **VANDIR SIMÕES DA COSTA**

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO  
HOSPITALAR - SAH  
*Georgina Gomes Lima*  
Georgina Gomes Lima - CREMEC 6412  
Médica Auditora SAME

Maracanaú-CE; 01 de Dezembro de 2018.

Atenciosas saudações;





HMJH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA  
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL  
RUA JOAO DE ALENCAR,S/N,CENTRO/MARACANAU-CE  
CEP:61900-150 FONE:(85)35215500



1801171990		29/09/2018 15:59:23		<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		CIRURGIA GERAL		DIURNO		5	
Paciente <b>VIVIANE SIMOES RODRIGUES</b>				Data Nascimento 17/09/1984		Idade 34 A 0 M 12 D		CNS		CPF	
Tipo Doc Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo F		Estado Civil Solteiro(a)		Raça/Cor Parda	
Ignorado		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Naturalidade <b>FORTALEZA - CE</b>			
Mãe <b>VANDIR SIMOES DA COSTA</b>				Pal NI							
Endereço <b>RUA - 68 - 694 - JEREISSATI II - MARACANAU - CE</b>				Contatos Cel1: 85986294851 - -							

Class. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		N da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		Carate do Atendimento <b>Urgência</b>		Profissional do Atend.		Sis Prenatal		Passo Temp. Pressão	
Setor <b>SPA</b>		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Procedência		Registrado por: Joseasm	

**Ultimos atendimentos:**  
29/09/2018 15:59:23 - 17/03/2014 23:41:12 - 14/05/2014 20:53:54

**SADT - Exames Complementares**  
☐ CTG    ☐ ULTRA-SOM    ☐ TC    ☐ SANGUE    ☐ URINA    ☐ ECG    ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**Classificação de Risco**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Código: _____		Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(s) _____	
---------------	--	---	--

**Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos**  
*Linha de mato, Glasgow 15. Neq. demora; vítima comissura.  
 Am. demora libel insente.  
 Abertura do cápsula articular em joelho esq + dorso de 5º*

Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora
<i>rodado-tila esq.</i>	<i>Soluto ABEMP</i>		

Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora
	<i>[Assinatura]</i>		

Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora
	<i>[Assinatura]</i>		

Código	Assinatura e Carimbo do Médico	Data	Hora
	<i>[Assinatura]</i>		


Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura e Carimbo do Médico	
<i>[Assinatura]</i>		<i>[Assinatura]</i>	

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR - SAM

*[Assinatura]*

Georgina Gomes Lima - CRENEC 6812 Médica Auditora SAME

  
 1801171990





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr (a). **VIVIANE SIMOES DA COSTA** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 29/09/2018 para consulta traumatológica com o medico JOSE FACUNDO CRM : 4364 retifico o nome da mesma que encontra incorreto , sendo o correto o nome citado acima.

Sem mais para o momento firmo o presente.

Maracanaú, 07 de Janeiro de 2019.

Fco. Adriano Moreira da Silva  
COREN/CE 32556 / ENF  
Enfermeiro

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro (a)



Rua João Conrado, 363 – Pajuçara – Maracanaú/Ceará  
Fones: (85) 3215.3133 / 3215.3134  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014137202091  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PPT 01 338509089 RCTR 000000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME  
JOSE CLECIO SILVEIRA SILVA  
REDENCAD /CE

CPF/CNPJ 98572288368 PLACA DCQ9505/CE  
PLACA ANT /UF 9C2KD0550BR529850 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APL 10 COMBUSTIVEL GASOL/ALCO  
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRUS ES / 2017

CAP/POT/CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA 1  
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1<sup>st</sup>  
FACIL. ÚNICA PARCELAMENTO/COTAS 2<sup>st</sup>  
PRÊMIO TARIFÁRIO 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES  
REDENCAD LOCAL DATA 01/04/2018

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

CE Nº 014137202091 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
98572288368 DCQ9505/CE

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

SAC DPVAT 0800 022 1204  
014137202091 91553357095  
EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 27/04/2018

CPF/CNPJ 98572288368 PLACA DCQ9505  
RENAVAM 98509089 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRUS ES  
9C2KD0550BR529850 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO  
TMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TITULA BÊNHA RELI EDIÇÃO (R\$)  
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000


SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.249.800/0001-04

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
REC 26 SET 2019  
Nome:



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: VIVIANE SIMOES DA  
COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### 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

DUT

Outros

**VIVIANE SIMOES DA COSTA : 003.012.523-51**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019

Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA

CPF: 003.012.523-51

VIVIANE SIMOES DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190554567

**Cidade:** Maracanaú

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VIVIANE SIMOES DA COSTA

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80º, extensão aos 20º, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5º, inversão aos 15º, marcha com claudicação, agachamento alterado, articulação metatarsosfalangeana aos 15º. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Periciada apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos, conforme documentos de pronto atendimento datados em 29/09/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos. Atualmente, conforme relato da periciada e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo, em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Periciada apresentou exames de raios-x que comprovam a existência da fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

**Vítima:** VIVIANE SIMOES DA COSTA

**CPF:** 003.012.523-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Titular do CPF:** VIVIANE SIMOES DA COSTA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### 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  
DUT  
Outros

**VIVIANE SIMOES DA COSTA : 003.012.523-51**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019  
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA  
CPF: 003.012.523-51

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

VIVIANE SIMOES DA COSTA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334772/19

**Número do Sinistro:** 3190554567

**Vítima:** VIVIANE SIMOES DA COSTA

**CPF:** 003.012.523-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Titular do CPF:** VIVIANE SIMOES DA COSTA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

## 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: 01/10/2019  
Nome: VIVIANE SIMOES DA COSTA  
CPF: 003.012.523-51

VIVIANE SIMOES DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE



**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: 3190554567

Nome do(a) Examinado(a): VIVIANE SIMOES DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RU 68, 694, , 61.801-365, CARLOS JEREISSATI I, Pacatuba/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 2001098117857

Data e local do acidente: 29/09/2018 - Maracanaú/CE

Data e local do exame: 04/10/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 20°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, articulação metatarsalangeana aos 15°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

( ) "Vítima em tratamento"

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Leve - 25%

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

Periciada traz consigo exames de raios-x que comprova a existência da fratura exposta da patela esquerda associado a fratura do terço distal do fêmur homolateral e fratura da falange proximal do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

  
Dr. Grete Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9450  
Assinatura e carimbo do médico



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554567                      Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190554567                      Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA

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.

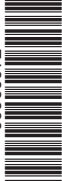
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554567

Vítima: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VIVIANE SIMOES DA COSTA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VIVIANE SIMOES DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001961

Conta: 0000073032-7

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





# 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:

003.012.523-51 Viviane Simões da Costa

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):

Viviane Simões da Costa 003.012.523-51 Autônoma Rua 68 of efreissol 699 61.801.365 São Jerônimo I Paratuba PE 55.98617-4213

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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1961 CONTA: 73032 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com toda a 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 (al nascituro)? ☐ 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, Paratuba - PE - 26/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201928358

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 16 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/01/2019 17:31:40**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2018 14:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA 111**  
Complemento:  
Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ**  
Ponto de Referência:

Município: **MARACANAÚ/CE**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **VIVIANE SIMÕES DA COSTA**  
Nascimento: **17/09/1984** CPF: **003.012.523-51**  
RG: **2001098117857** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **VANDIR SIMÕES DA COSTA**  
**NÃO CONSTA**  
Endereço: **RUA 68, 694**  
Bairro: **JEREISSATI II**  
Município: **PACATUBA/CE**  
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:  
Telefone: **(85) 99660-3966**

**Histórico**

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO 2010/2011, COR PRETA, PLACA OCQ 9505, que está em nome de JOSÉ CLÉCIO SILVEIRA, pela rua 111, quando um veículo automotor, Hilux de cor prata, e placa desconhecida colidiu na lateral da motocicleta; Que a garupelra, sua filha, juntamente com a vítima, caíram da motocicleta; Que no momento da queda bateu a cabeça e fraturou os dedos e joelhos; Que acrescenta que sua filha só ficou com dores lombares; que uma pessoa próxima chamou o samu e foi encaminhada para o Hospital de Maracanaú, sendo transferida para o Hospital Dionísio, e por fim transferida para o Frotinha da Parangaba; Que no momento da colisão a Hilux se evadiu sem prestar socorro; Que está registrando este B.O apenas para acionar com o seguro DPVAT.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PAULO CESAR CAMPOS SA - MAT.: 30122755**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JAEAN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769**

*Jaelan Alves da Silva  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 82.769*



# 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:  
003-012.523-51 003.012.523-51 Viviane Simões da Costa

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

5 - Nome completo: Viviane Simões da Costa 6 - CPF: 003.012.523-51  
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua 68 of efreissat 9 - Número: 699 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Carlos Ferriatti I 12 - Cidade: Pacatuba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 61.801.365  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85.98617-4213

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)  
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1961 CONTA: 73032 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com toda a 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 (al nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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, Fortaleza - PE - 26/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)