

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567630

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO**

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: **MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002732-4**

Conta: **000010029663-7**

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: ☐ 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:

101.411.563-92 ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

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:

ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA 101.411.563-92

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

ESTUDANTE RUA JOSE DE ANCHIETA 00514

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

NOVO HORIZONTE ITAPIPOCA CE 62500-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

macielr2016@gmail.com 88 9-96282320

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:

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

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

162.235.663-87 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

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: 2732 4 CONTA: 29663 5

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

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 (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

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, ITAPIPOCA - CE 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3190567630  
Nome do(a) Examinado(a): Ana Karoline Paiva de Mesquita  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose de Anchieta, 514  
Novo Horizonte Itapipoca CE CEP: 62502-556  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20191475798  
Data local do acidente: [ 02/05/2019 ]  
Data local do exame: [ 19/10/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMATISMO CRANIANO  
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO**

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

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.  
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.  
Data da Alta: 03/09/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS. LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100°, FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU IV E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA.**

- 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 LEVE DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS E DA MARCHA.**

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):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☒ (X) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.**

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

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Impresso nº 2019578183

PA-0344795/19  
7190567630

549145

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3949 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/08/2019 11:19:09**Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Município: **ITAPIPOCA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA**Nascimento: **01/07/2007** CPF: **101.411.563-92**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO****DANILO PEREIRA DE MESQUITA**Endereço: **RUA JOSE DE ANCHIETA , 514**Bairro: **NOVO HORIZONTE**Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

CEP:

**Noticiante(s)**Nome: **TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA**Nascimento: **14/03/1966** CPF: **871.591.713-49**RG: **2495478**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIANA PEREIRA DE SOUSA****PEDRO PAULINO DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA JOSE DE ANCHIETA , 514**Bairro: **NOVO HORIZONTE**Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99273-4855****Histórico**

Narra que na data, hora e local citados acima, sua neta ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA(12 anos), caminhava em direção à sua residência, quando fora atropelada por uma motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, PLACA: HYD7486, FAB/MOD:2008, COR:PRETA, CHASSI:9C2JA04208R128492, registrada em nome de Maria da Anunciação do Nascimento; Que a referida motocicleta era conduzida pela pessoa de quem sabe informar o nome Emerson Gabriel Sales Sousa; Que em decorrência do atropelamento, sua neta quebrou fêmur e foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de atendimento de nº255859 e atendimento de nº0001, em anexo. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: A noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

Terezinha Pereira de Mesquita.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA  
Impresso nº 2019578183



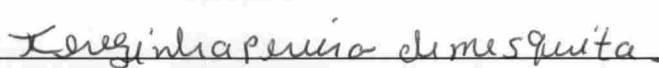
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3949 / 2019**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

  
**HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

  
**Lereginia Pereira de Mesquita**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375**

# 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:

101.411.563-92 ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

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:

ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA 101.411.563-92

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

ESTUDANTE RUA JOSE DE ANCHIETA 00514

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

NOVO HORIZONTE ITAPIPOCA CE 62500-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

macielr2016@gmail.com 88 9-96282320

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:

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

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

162.235.663-87 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

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: 2732 4 CONTA: 29663 5

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

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 (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

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, ITAPIPOCA - CE 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ISENTO DE ENCLAVAMENTOS  
Conf. Lei 6015/73 e 7115/83



Válido somente com  
Selo de Autenticidade

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## REGISTRO CIVIL

ESTADO DO Ceará  
MUNICÍPIO DE Itapipoca  
DISTRITO DE Itapipoca



(NASCIMENTO Nº 86.199 )

AMÉLIA DE SOUSA FROTA

Oficial a do Registro Civil,

Por Nomeação Legal, etc...

CERTIFICO, que às fls. 489 do livro n.º A - 72 do Registro  
de Nascimento foi Lavrado o assento de ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA.

X.X.X.X.X.

X.X.X.X.X.X.X.

X.X.X.X.X.

nascido aos Primeiro (1º) de Julho de 2007

às 08 horas e 40 minutos em: Itapipoca(CE) do sexo

Feminino

, filho de DANILO PEREIRA DE MESQUITA

e MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

Sendo avós paternos Gerson de Mesquita

e Terezinha Pereira de Mesquita

e maternos Manuel Julião Damasceno

e Raimunda Alves de Paiva

Foi declarante Os Pais.

e serviram de testemunhas Antônia Lucilea da Silva e

Francisca Raimundo da Silva

Observações: Registro feito hoje.

O referido é verdade e dou fé.

Itapipoca(CE)

26 de Julho

de 2007

O Oficial do Registro Civil

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02732-4

CONTA: 000010029663-7

---

Nr. da Autenticação 068B62F3764A44A0



Cagece

096673222

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

RU CAP ANTONIO MANOEL ALVES, 77, FAZENDINHA

ITAPIPOCA

02502-204

000 0052 0218 0000

001 000 000 000

AGUA R10F126527 342 345 3 2

07/08/2019 07/08/2019 3303346

07/09/2019 07/09/2019

06/2019

059 059 012 059 059  
063 063 063 063 063  
063 019 052 056 063

Constatamos debito de R\$ 39,24. Caso pago, desconsiderar.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AGUA  
ESP. LIM.  
DIF. AGUA LIMINAR 07, 19  
MUL. DE 2  
JUROS DE 0,033% AO DIA  
DIF. ESG. LIMINAR 07, 19

23,50  
14,96  
2,30  
0,77  
0,49  
1,52  
MAR/18  
SET/18  
OUT/18  
NOV/18  
DEZ/18  
JAN/19  
FEV/19  
MAR/19  
ABR/19  
MAI/19  
JUN/19  
JUL/19

PIS 0,41  
COFINS 2,08

VALOR DO SERVICO 79,06  
VALOR DO SUBSIDIO 35,52  
VALOR TOTAL A PAGAR 43,54

08/2019

03/09/2019

43,54

I: 352914067154779 L: 5448 H: 09: 33: 40 R: 099 P: 001

Cagece

Cagece

É obrigatório do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 3838, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.ce.gov.br ou no

Cagece

352914067154779 - 5448

096673222

08, 2019

000 0052 0218 0000

ITAPIPOCA

03/09/2019

43,54

8264000000 4 43540009000 5 09667322201 2 03002422015 1



**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<sup>1</sup> 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 Mario Maciele Rodrigues Rogério

inscrito (a) no CPF/CNPJ 033.999.363 / 12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.235.663-87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.433.563 / 92, 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>RUA Cap. Antonio Manoel ALVES</u>	Número: <u>77</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>FAZEDINHA</u>	Cidade: <u>ITAPIRACA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>maciele2016@gmail.com</u>	CEP: <u>62500-000</u>	Tel. (DDD): <u>81</u> <u>996 28 23 26</u>

Local e Data: ITAPIRACA - 28 agosto 2019

Mario Maciele Rodrigues Rogério  
Assinatura do Declarante



SAOCAMILLO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 02/05/2019 15:23

Página 1

v2019001

Unidade de atendimento - EMERGENCIA - PA

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 255859	Atendimento 0001	Nome do Paciente ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA	CNS 708406281280764	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 101.411.563-92			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 01/07/2007	Local ITAPIPOCA/CE			Idade 11 Ano(s)
Pai DANILO PEREIRA DE MESQUITA	Mãe MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO			
Endereço RUA JOSE DE ANCHIETA, 2390	Bairro NOVO HORIZONTE	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 88992734855
Responsável TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE DE ANCHIETA, 2390	Município ITAPIPOCA	UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/05/2019	Hora 15:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento EMERSON CHAVES CORREIA	CRM/UF 6336/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário MARIA GLAUCELINA BRANDÃO PINTO			
Observação				

Sala \_\_\_\_\_ Data/Hora Liberação \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		35,6	115			97	207

## Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 02/05/2019 15:18

Responsável pela Classificação: ROSA MARA NASCIMENT

## Relatório:

CRIANÇA, 11 ANOS, ACOMPANHADA DA AVÓ, TRAZIDA PELO SAMU, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ATROPELAMENTO NO TRÂNSITO (MOTO), À MESMA EM TEMPO APRESENTA ESCORIAÇÕES FRONTAL, DEFORMIDADE EM REGIÃO DO MIE, DESORIENTAÇÃO, GLASGOW 11, ACOMPANHANTE NÃO SABE INFORMAR ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

Às 14:24 -

Registado atropelamento e lesão frontal  
envolvendo com comprometimento neurológico,  
Glasgow 11. + Fratura fêmur E

TCE + Fratura do fêmur E

Ao IJF CENTRO PT  
TC e Neurocirurgia

Assinatura do profissional de saúde (Sistema Único de Saúde) sem  
nenhum ônus para o paciente ou  
qualquer tipo de convênio.

DR. EMERSON C. CORREIA  
CREMEC: 6336

EMERSON CHAVES CORREIA - CRM: 6336

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: TEREZINHA PEREIRA DE M



**SÃOCAMILO**  
Hospital e Maternidade  
São Vicente de Paulo

16150054143

Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01  
Fazendinha - Itapipoca - CE - CEP.: 62.500-000  
PABX: (88) 3631-5100 - Site Oficial: www.saocamiloitapipoca.org.br

## FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

### Unidade de Origem

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Ana Caroline Paiva de Mesquita (He)

Prontuário N° \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F (X)

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

01/07/2001

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Requerido encaminhamento por motivo de lesão craniocéfalo frontal à esquerda e escoriação na face esquerda de fêmur esquerdo. Evolui no momento com alterações de consciência, pupilas midriáticas, reflexo cutâneo de defesa normal. Pupila esquerda midriática, reflexo cutâneo de defesa normal. Glasgow 11. ACP normal. Abd = normal.

Resultados de Exames: \_\_\_\_\_

Consulta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

TCE Frontal e Fratura Fêmur E.

☐ CheckBox

DR. EMERSON C. CORREIA  
CREMEC: 6338

Assinatura do(a) encaminhado(a) N° registro \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ( ) Ambulatorial (X) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico

Procedimento: \_\_\_\_\_

TC de crânio

Profissional: \_\_\_\_\_

Neurocirurgião

Unidade de referência: \_\_\_\_\_

IJF CENTRO

Data: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Proposta de consulta para seguimento: \_\_\_\_\_

Imprimir



## Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANA KAROLINA PAIVA DE MESQUITA

LEITO: 2410

DATA DE 02/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/05/2019

BE/PRONT: 5614897

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 11

DIAGNOSTICOS: Fratura subtrocanterica (OPERADA)

CONDUTA RETORNO AO AMBULATORIO ORTOPEDIA PEDIATRICA EM 7 DIAS -  
DECIDIDA RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - MANTER IMOBILIZACAO -  
PARA CADA NAO PISAR ATE RETORNO.

LESAO:

STAFF QUE  
OPEROU NA  
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF  
LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE  
DO LEITO: INDEFINIDO

Ass: Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ para  
Dr. \_\_\_\_\_

Data: 23/05/19

Dispensa do trabalho por:

10 dias p/ escola  
90 dias p/ atv. física

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

32555056



## Sistema de Protocolo Único

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo : P708911/2019

Dt. Abertura : 04/06/2019 - 11:59

Local Abertura : IJF/PROTOCOLO - Serviço de Protocolo

Local Atual : IJF/NUAME - Núcleo de Arquivos Médicos e Estatística

Tipo : - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos

Assunto : - Administrativo Financeiro -- Solicitação De Laudo -  
declaração

Envolvido : Ana Karoline Paiva De Mesquita

Observação : SOLICITAÇÃO DO LAUDO MÉDICO

Folhas : 1

Anexos : 0

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 04/06/2019 - 11:59

Recebido por:

em

\_\_/\_\_/\_\_

## Resumo de alta


**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**  
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: ANA KAROLINA PAIVA DE MESQUITA

LEITO: 2410

DATA DE 02/ 05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/05/2019

BE/PRONT: 5614897

CIDADE DE FORTALEZA

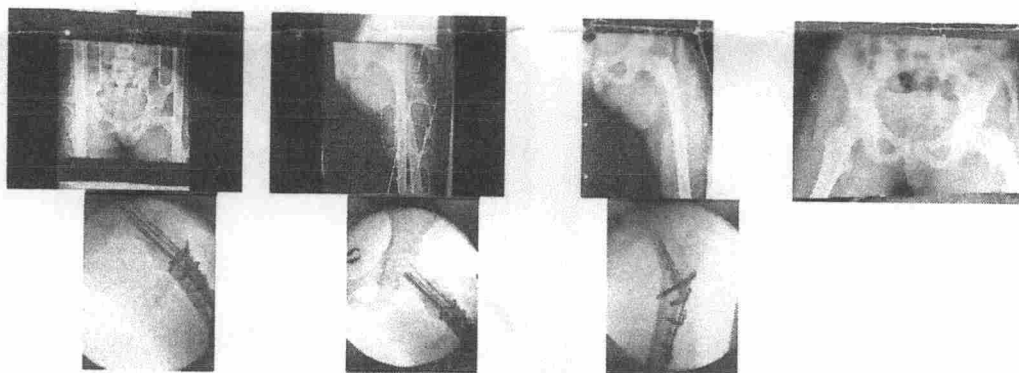
ORIGEM:

IDADE: 11

DIAGNOSTICOS: Fratura subtrocantérica (OPERADA)

 CONDUTA RETORNO AO AMBULATORIO ORTOPEDIA PEDIATRICA EM 7 DIAS -  
 DECIDIDA RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - MANTER IMOBILIZACAO -  
 PARA CADA NAO PISAR ATE RETORNO.  
 LESAO:

 STAFF QUE  
 OPEROU NA  
 EMERGENCIA:

 STAFF DO STAFF  
 LEITO: INDEFINIDO  
 RESIDENTE RESIDENTE  
 DO LEITO: INDEFINIDO


## Mapa de Cirurgias

Dias									
Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação	
MAPA DO DIA 21/05/2019 - Terça-Feira									
21	1	13:00	2410	PAULO COLARES		FIO DE CERCLAGEM , FIO DE K 2 E 1.5 MM PLACA ANGULADA ADOLESCENTE CX DE GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS CX GRANDES FRAG	BE:5614897	REALIZADA	

Dias

Int. # Hora Leito Staff Residentes Material Observação Status da marcação

FRATURA SUBTROCANTÉRICA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

04.08.05.0489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO)  
DO FEMUR (SINTESE)Marcado  
por:  
DIEGO  
FREITAS  
F em:  
23-05-  
2019  
19:16:56Ass.: 

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ para

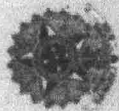
Dr. Paulo Colares 7 diasData: 23/05/19

Reberto

04188/996261703

**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**101.411.563-92**

Nome  
**ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA**

Nascimento  
**01/07/2007**

CÓDIGO DE CONTROLE  
7213.C193.ECDA.9C5B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:34:29 do dia 30/11/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**762.235.663-87**

Nome  
**MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO**

Nascimento  
**05/07/1975**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**2CA7.AD09.E328.675A**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:30:15 do dia 30/09/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



NOME  
MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO  
FILIAÇÃO  
MANUEL JULIANO DAMASCENO  
RAIMUNDA ALVES DE PAIVA

DATA NASCIMENTO 05/07/1975 NATURALIDADE FORTALEZA - CE  
ÓRGÃO EXPEDIDOR SSPDS-CE TIPOFATOR RH XXX  
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

*Maria Sandra Paiva Damasceno*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 762.235.863-87 DNI XXXXXXXXXXXXXXXX  
REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG  
2008040622-4 P.: 15 16/07/2019 231967892 2ª VIA  
REGISTRO CIVIL

CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV. CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0041646 FOLHA:  
00000243 LIVRO: B00075 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL POLEGAR DIREITO


XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX XX  
NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
CNPJ CNE  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

*João Paulo Fagundes da Silva*  
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344795/19

**Vítima:** ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

**CPF:** 101.411.563-92

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 02/05/2019

**Titular do CPF:** ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

### MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO : 762.235.663-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## 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: 04/10/2019  
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO  
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA  
CPF: 067.686.643-36

ELVERSON ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190567630 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO  
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS. LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100º, FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU IV E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

**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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190567630 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 09/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GLASGOW 11).  
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER + PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR)  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P6)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA MENOR (12 ANOS) - TCE

(X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
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

## 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 Mario Maicle Rodrigues Rogério

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 033.999.363 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.235.663-87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.433.563 / 92, 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>RUA Cap. Antonio Manoel ALVES</u>	Número: <u>77</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>FAZEDINHA</u>	Cidade: <u>ITAPIRACA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>maiclen2016@gmail.com</u>	CEP: <u>62500-000</u>	Tel. (DDD): <u>81</u> 996 28 23 26

Local e Data: ITAPIRACA - 28 agosto 2019

Mario Maicle Rodrigues Rogério  
Assinatura do Declarante

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Maria SANDRA PAIVA DAMASCENO  
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: Divorciada  
Profissão: SERVICOS GERAIS  
Identidade: 2008040622-4 CPF: 762.235.663-87  
Endereço: RUA JOSE DE ANCHIETA 514 Bairro: NOVO HORIZONTE  
Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

### OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Maciele RODRIGUES Rógerio  
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: Solteira  
Profissão: AUTONOMA  
Identidade: 2003010021235 CPF: 013.979.363-12  
Endereço: RUA Cap. Antonio Manoel ALVES Bairro: FAZENDINHA  
Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

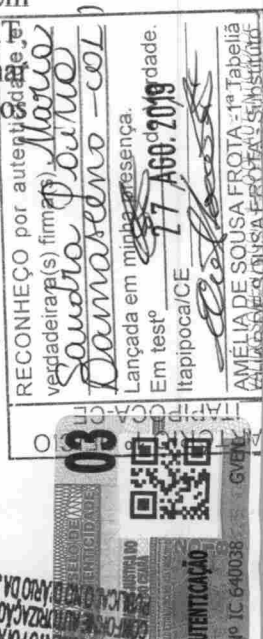
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

ITAPIPOCA-CE, 27 de AGOSTO de 2019.

Maria Sandra Paiva Damasceno

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344795/19

**Vítima:** ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

**CPF:** 101.411.563-92

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 02/05/2019

**Titular do CPF:** ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

### MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO : 762.235.663-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## 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: 04/10/2019  
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO  
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA  
CPF: 067.686.643-36

ELVERSON ALVES DA SILVA