

---

**Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200083248**

**Vítima: MARDONIO SILVA COSTA**

**Data do Acidente: 26/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARDONIO SILVA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200083248**

**Vítima: MARDONIO SILVA COSTA**

**Data do Acidente: 26/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARDONIO SILVA COSTA**

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

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentação médico-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083248

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARDONIO SILVA 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\$ 1.687,50 |

|                                                                |              |
|----------------------------------------------------------------|--------------|
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25% |              |
| Graduação: Em grau médio 50%                                   |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%              |              |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =                        | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: **MARDONIO SILVA COSTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001958**

Conta: **000000030225-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT



AMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

020.142.423-13

4 - Nome completo da vítima:

2003015058390 - SSP - CE

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

5 - Nome completo:

Mardonio Silva Costa

6 - CPF:

020.142.423-13

7 - Profissão:

Supervisor

8 - Endereço:

Rua Raimundo Nonato Dantas

9 - Número:

681

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Parque Unipi

12 - Cidade:

Caxazeiro

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62850-000

15 - E-mail:

goncalves.silva.advogados@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

85-996593083

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 POUPIANÇA (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: 1458

CONTA: 013-00030225

6

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (a) (s)?

☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Caxazeiro - CE, 7 de fevereiro de 2020

Mardonio Silva Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL  
Impresso nº 2019683013

Boletim de ocorrência



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 2691 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **26/09/2019 14:51:01**  
Data / Hora da Ocorrência: **26/08/2019 06:50:00** ✓  
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 CEP: 62.850-000, ALTO LUMINOSO - CASCAVEL/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados de(s) Vítima(s)**

Nome: **MARDONIO SILVA COSTA**  
Nascimento: **23/05/1988** CPF: **///**  
CNH: **04642758793** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA IRENE SILVA COSTA**  
**FRANCISCO SILVA COSTA**  
Endereço: **RUA RAIMUNDO NONATO DANTAS, 681 CASA**  
Bairro: **PARQUE URUPÉ**  
Município: **CASCAVEL/CE** CEP: **62.850-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99659-3083**

**Histórico**

Ciente dos crimes cominados nos artigos 340 e 342 do Código Penal Brasileiro narra o noticiante; Que na data e hora supra estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 DE PLACAS: OIL2612/CE quando sofreu um acidente de trânsito após um VEICULO ÔNIBUS avançou a preferencial FAZENDO COM QUE O NOTICIANTE COLIDISSE COM O PARA-CHOQUE DIANTEIRO DO ÔNIBUS QUE PERTENCIA AO SENHOR CONHECIDO COMO FIFI DO CEDRO, Que o motorista ficou no local dando assistência, Que com a colisão FRATUROU A PERNA ESQUERDA E FRATURA NO ROSTO ONDE FEZ A CIRURGIA E FICOU COM A VISÃO DO OLHO ESQUERDO E LACERAÇÃO NA PERNA DIREITA COM LESÃO, Que foi socorrido pela ambulância do Samu e levado ao hospital Ijf, Que estão em anexo; CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, GUIAS HOSPITALARES E CNH DO CONDUTOR, Que seu intuito é registrar o fato e solicitar seguro DPVAT no órgão competente, Desde modo encerra sua narrativa.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Mardonio Silva Costa**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

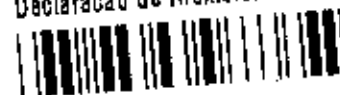
**JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911**

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**

# 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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARDONIO SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 000000030225-6

---

Nr. da Autenticação 83FA99A3A7F49DC6



Nº de Inscricao

035204591

Comprovante de residencia



## DADOS DO CLIENTE

Nome: MARDONIO SILVA COSTA

End. Entrega: RUI RAIMUNDO MONATO DANTAS P URUPE, 681, CENTRO

Cidade: CASCAVEL

CEP: 62650-000

End. Entrega:

Cidade:

Lote: 047 Setor: 003 Quadra: 0517 Lote: 0005 Comp: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

## ECONOMICAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Piscoar: 000

## INFORMACOES SOBRE MEDICAO

| Serviço | Medidor    | Lectura Anterior | Lectura Atual | Volumen | Medida Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|---------|-----------------------|
| AGUA    | R15F010590 | 370              | 377           | 7       | 6                     |

## DATAS

Lectura Atual: 12/08/2019 Entrega: 12/08/2019 Lema Agua: 3804620  
Lectura Anterior: 12/07/2019 Proxima Lectura: 12/09/2019 Lema Espor:

QUALIDADE DA AGUA DESTILADA REFERENTE A: 06/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Origem          | 046   | 046      | 010 | 046               | 046              |
| Análises        | 046   | 046      | 010 | 046               | 046              |
| Em conformidade | 046   | 036      | 003 | 046               | 046              |

## MENSAGENS / INFORMACOES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 4 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

## DESCRICAO DOS SERVICOS

AGUA  
JUROS DE 0,033% AO DIA  
MULTA DE 2%

Valor (R\$)

28,30  
0,06  
0,57

## HISTORICO DE VOLUME

| Mês/Ano | Agua (m³) | Esgoto (m³) |
|---------|-----------|-------------|
| ago/18  | 9         | 0           |
| set/18  | 9         | 0           |
| out/18  | 6         | 0           |
| nov/18  | 9         | 0           |
| dez/18  | 8         | 0           |
| jan/19  | 7         | 0           |
| fev/19  | 7         | 0           |
| mar/19  | 7         | 0           |
| abr/19  | 5         | 0           |
| mai/19  | 6         | 0           |
| jun/19  | 6         | 0           |
| jul/19  | 7         | 0           |

## Tributos sobre o faturamento

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PTC       | 0,27        |
| COFINS    | 1,38        |

## SUSC/DEO

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVICO    | 41,73       |
| VALOR DO SUBSIDIO   | 12,80       |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 28,93       |

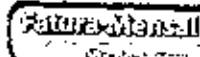
MÊS/ANO  
08/2019VENCIMENTO  
04/09/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
28,93

I:352623052984574 L:6085 H:10:21:16 R:011 P:001

Este comprovante é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da Cagece. Não é necessário apresentar este comprovante para a Cagece. O cliente deve apresentar este comprovante para a Cagece apenas em caso de dúvida ou contestação.

Cagece  
0800 275 0195Cagece  
MARCEL

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Entidades Reguladoras: ANEPAR - Agência de Planejamento, Regulação e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 275 0195. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 0195. Ouvidoria estadual: 753. Site da ARCE: [www.arce.gov.br](http://www.arce.gov.br).  
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3104.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 035204591

352623052984574 - 6085

Código do Responsável:

Mês/Ano: 08/2019

Lote: 047 Setor: 003 Quadra: 0517 Lote: 0005 Comp: 0000  
Subsetor: 00 Subquadra: 00

Cidade: CASCAVEL

Vencimento: 04/09/2019

Total (R\$): 28,93

82650000000 2 28930009800 0 03520459100 8 01005422015 6





Prefeitura de  
**Fortaleza**

Instituto Dr. José Freire

**RECEITUÁRIO**

Paciente:

BE / Prontuário:

*Marcos Silva Costa*

Lando médico

*Paciente operado do  
tornozelo E, de alta  
definitiva da traumatologia*

*11*

Data:

*22/01/20*

*[Signature]*  
Dr. José Fernando  
Traumato - Ortopedista  
CREMEC 5263

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de  
Fortaleza

Instituto Dr. José Faria

## RECEITUÁRIO

Paciente:

Marcos Silva Costa

BE / Prontuário:

- Solicito fisioterapia  
D/ o tornozelo E  
(25rs)  
H/D: trat. no tornozelo  
completo

Data:

04/12/19

Dr. José Fernando  
Traumato - Ortopedista  
CREMEO-0253

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148x10).

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará - Brasil

(85) 3255-5000.

## Resumo de alta

NOME: MARDONIO SILVA COSTA

LEITO:

DATA DE 28/08/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 04/09/2019

BE/PRONT: 5632590

CIDADE DE CASCAVEL

ORIGEM:

IDADE: 31

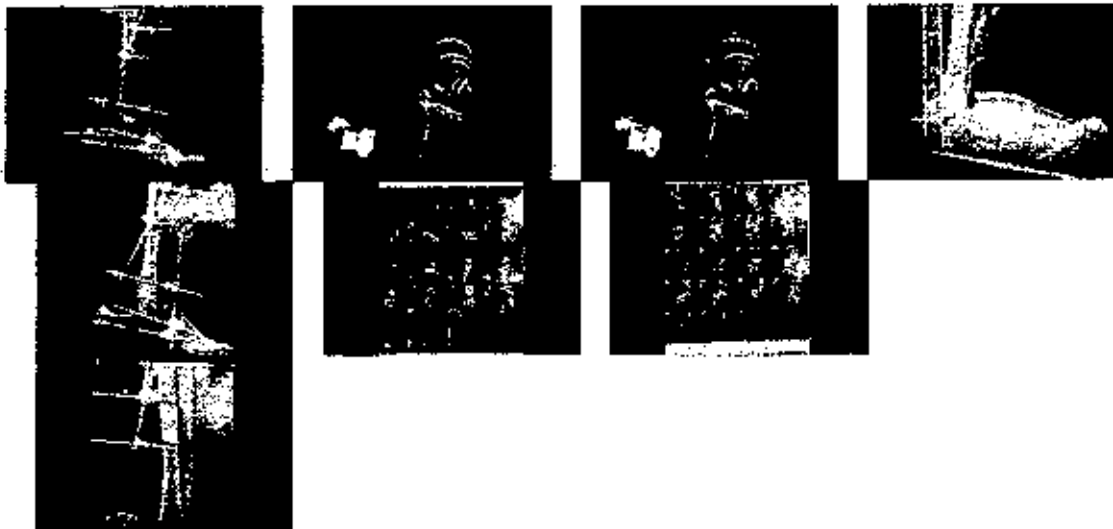
DIAGNOSTICOS: Fratura do perônio (fíbula) (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA LUXACAO EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO A DE TRATAMENTO  
 DECIDIDA CONSERVADOR. TRANSFERIR PARA BMF CONFORME ORIENTADO  
 PARA CADA EM PRONTUARIO, MARCAR RETORNO 15 DIAS APOS ALTA  
 LESAO: HOSPITALAR PARA DR LUIZ HOLANDA SEM INTERCORRENCIAS -  
 RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - NAO PISAR ATE  
 RETORNO.

STAFF QUE  
 OPEROU NA  
 EMERGENCIA:

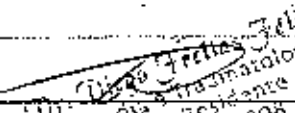
STAFF DO STAFF  
 LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE  
 DO LEITO: INDEFINIDO



## Mapa de Cirurgias

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

|                                                                                                                                                                             |                                           |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| Ass: <br>Dr. José Frota<br>Ortopedia e Traumatologia<br>Médico Residente<br>CREMEC 19808 | Retornar dia: ____/____/____<br>Or. _____ | Hora: ____ para |
| Data: 04/09/19                                                                                                                                                              |                                           |                 |

**Registro de Atendimento Emergencial**

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                                                                            |                                             |                                              |                                    |                                    |                   | DATA/HORA: 26/08/2019 09:02:07 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                                      |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| CNS: 702808637093688                                                                                                                                           | NOME: MARDONIO SILVA COSTA                  |                                              |                                    |                                    | Registro: 5632590 |                                |  |
| CPF: 02014242313                                                                                                                                               | RG: 20030150563                             | D. NASC: 23/05/1988                          | ESTADO CIVIL:                      | SEXO: M                            | RAÇA/COR: Pardo   |                                |  |
| NOME DA MÃE: MARIA IRENE SILVA COSTA                                                                                                                           |                                             |                                              |                                    | NOME DO PAI: FRANCISCO SILVA COSTA |                   |                                |  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                                                                        | ENDEREÇO DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATODANTAS |                                              | Nº: 681                            | BAIRRO: PARQUE URUPÉ               |                   |                                |  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                                   | TELEFONE: 981320117                         | MUNICÍPIO: CASCABEL                          | UF: CE                             | CEP: 62850970                      |                   |                                |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                   |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| NOME: semelha 110 cond posto                                                                                                                                   |                                             | PARENTESCO:                                  |                                    | TELEFONE: 981320117                |                   |                                |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                                           |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| TIPO DE VÍNCULO:                                                                                                                                               | CBO DO EMPREGADO:                           | CNPJ DO EMPREGADOR:                          | CÓDIGO DO CNAER:                   |                                    |                   |                                |  |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                                                                                                           |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus                                                     |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| QUEIXAS: pac. vítima de colisão moto x ônibus com trauma e laceração extensa em face e em couro cabeludo, fratura exposta em tornozelo esq. apres. hemorragia. |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| OBSERVAÇÕES: trauma cranioencefálico - dor moderada                                                                                                            |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                  |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública                                                                                                                              | Escala de Dor: Moderada                     |                                              | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |                                    |                   |                                |  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                                                                  |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                                                                             |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| Anamnese:                                                                                                                                                      |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| Exame Físico:                                                                                                                                                  |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| Conduta:                                                                                                                                                       |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                                                                              |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                                                                             |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                                                                    |                                             |                                              |                                    |                                    |                   |                                |  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                                                                    |                                             | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                                    |                                    |                   |                                |  |



# Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento.....: 1460228      Data: 06/12/2019  
Paciente.....: MARDONIO SILVA COSTA  
Solicitante.....: DRA. MAGALI MASSILON PONTES  
Convênio.....: TIJUCA ALIMENTOS  
Exame .....: RM DE ORBITAS

## TÉCNICA:

CORONAL STJR.

CORONAL + SAGITAL + AXIAL T1.

CORONAL + SAGITAL + AXIAL T1 SPIR pós-contraste.

## RELATÓRIO:

- Redução das dimensões do seio maxilar esquerdo, caracterizando-se acentuado infradesnívelamento do assoalho da órbita, que pode estar relacionado a fratura, com deslocamento inferior do músculo reto inferior e do nervo óptico.

- Irregularidade de contornos da lâmina papiracea esquerda que pode estar relacionada a fratura.

- Os nervos ópticos apresentam espessura e sinal conservados.
- Demais grupos musculares extrínsecos do olho estão preservados à esquerda.
- Musculatura extrínseca do olho direito está preservada.
- Tecido adiposo intra e extra-conal de aspecto preservado.
- Septo nasal desviado para a esquerda com esporão ósseo.
- Após a injeção venosa de meio de contraste paramagnético (Gadolinéo) não foram observadas zonas de realce anômalo.

## OBSERVAÇÃO:

- A tomografia computadorizada pode fornecer informações adicionais e mais detalhadas sobre as estruturas ósseas mencionadas acima.

DR. EUGENIO DE SA COUTINHO NETO  
RADIOLOGISTA  
CRM: 6803

D



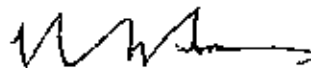
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar do Sr. **MARDONIO SILVA COSTA**, portador do RG n.º 2003015058390, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 020.142.423-13, no dia 26/08/2019, às 06h50, no Município de Cascavel-CE, na Rodovia CE 040, Bairro Alto Luminoso, próximo ao Depósito de Construção Alto Luminoso, vítima de acidente de trânsito, colisão entre ônibus e motocicleta, sendo removido para o hospital local e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 18 de setembro de 2019.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**

## Mauricio Imparato

---

**De:** Mauricio Imparato  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 12:50  
**Para:** dpvat@capemisa.com.br; patricia.oliveira@alfaseg.com.br;  
'mauro.peres@capemisa.com.br'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** Lista Projeto Movimentação Remota - Capemisa.xlsx

Prezados, boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

**Mauricio Imparato**

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica  
[mauricio.imparato@seguradoralider.com.br](mailto:mauricio.imparato@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598  
Cel. 55 21 98223-8789



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

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFENSAS  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
MARDONIO SILVA COSTA

**DOC. IDENTIFIC. / OBS. INSCRIÇÃO**  
2003015050300 SEP CE

**CPF**  
020.142.423-13

**DATA NASCIMENTO**  
23/05/1988

**PROFISSÃO**  
FRANCISCO SILVA COSTA

**MARIA FREIRE SILVA COSTA**

**PROFISSÃO**  
ACC CRIAR AD

**Nº INSCRIÇÃO**  
0442738793

**VALIDADE**  
07/04/2020

**1ª ANOTAÇÃO**  
14/05/2009

**PROFISSÃO**  
EXERCICE ATIV. RECONHECIDA:

**PROFISSÃO**  
47

**PROFISSÃO**  
PROFISSÃO PLASTICIAN

**PROFISSÃO**  
1150914930

**LOCAL**  
FORTALEZA, CE

**DATA INSCRIÇÃO**  
25/05/2015

**PROFISSÃO**  
88348885046

**PROFISSÃO**  
CE146956940

**PROFISSÃO**  
ULTRAN, CE (COTRA)

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 014732291836  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 014732291836 0000000000 2019

NOME: HONDA/CG 125 FAN ES

PLACA: 01L2612/CE

CHASSI: 9C2JC4120CR538316

CONDIÇÃO: GASOLINA

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP/PT: 01 CATEGORIA: 1 ANIL VAL. PLACA: 01L2612/CE

DATA UN: 01/03/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00

PREMIO TOTAL (R\$): 00,00

DATA DE INÍCIO: 01/03/2019

LOCAL: CASCAVEL DATA: 01/03/2019

Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014732291836 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02014242313 01L2612/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

014732291836 4531936826

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 4/03/2019

VIA 01 02014242313 01L2612

RENAVAM 455830126 HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2012 VAL. DES. PART 9C2JC4120CR538316

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PREMIO (R\$) 00,00

PREMIO TOTAL (R\$) 00,00

DATA DE INÍCIO 01/03/2019

DATA DE DURAÇÃO 00/00/0000

PAGAMENTO COTA ÚNICA

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.348.808/0001-04

MOTOR: JC41E2C538316

00654

DUT



014732291836  
 RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

00654  
 01L2612  
 Cód RENAVAM  
 455830126  
 248718 00654

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200083248 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARDONIO SILVA COSTA **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 27/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LACERAÇÃO EXTENSA NA FACE E NO COURO CABELUDO. P4  
FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO. P4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P3  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0067102/20

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

Data do acidente: 26/08/2019

CPF: 020.142.423-13

CPF de: Próprio

Títular do CPF: MARDONIO SILVA COSTA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

MARDONIO SILVA COSTA : 020.142.423-13

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: 19/02/2020  
Nome: MARDONIO SILVA COSTA  
CPF: 020.142.423-13

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

MARDONIO SILVA COSTA

Patricia Aleixo Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067102/20

**Vítima:** MARDONIO SILVA COSTA

**CPF:** 020.142.423-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/08/2019

**Titular do CPF:** MARDONIO SILVA COSTA

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARDONIO SILVA COSTA : 020.142.423-13**

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: 19/02/2020  
Nome: MARDONIO SILVA COSTA  
CPF: 020.142.423-13

MARDONIO SILVA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva