



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2014

Carta nº: 5735178

A/C: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3140042064  
Vitima: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 04/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5825816

A/C: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3140042064  
Vítima: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 04/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5953407

A/C: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

Sinistro: 3140042064  
Vítima: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 04/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000008144

Conta: 00000521-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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

Sinistro: **3140042064 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA IV nº 186 - NOVO MONDUBIM - FORTALEZA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 96002721184 - SSP**  
Data local do exame: **12/12/2014 FORTALEZA/CE**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### TRAUMATISMO CRANIANO E FACIAL.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### SINISTRADO COM FACIES ASSIMETRIAS, COM QUEIXAS DE CEFALIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. \*65 ANOS.

IV. 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 ☐ Sem sequela permanente

*Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias*

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

☐ Exame não permite conclusão

*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

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

Região Corporal(Sequela)

#### CRANIO FACIAL.

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - FORTALEZA, 12/12/2014**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM: 10570**

Assinatura do perito Examinador - CRM



SOLICITADOR DE MUNDIAL COMERCIO DE MOTOS LTDA. OS PAGAMENTOS DEVEM SER FEITOS EM DINHEIRO À VISTA		Nº 000.001.494
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 2

<b>MUNDIAL COMERCIO DE MOTOS LTDA.</b>  AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA, 720 - - MESSEJANA, Fortaleza, CE - CEP: 60864810 - Fone/Fax: 8532761022	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> Nº 000.001.494 SÉRIE: 2 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCAL  CHAVE DE ACESSO 2310 1209 0433 1200 0157 5520 1000 0014 9410 0030 0044 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora. PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123100017157781 - 04/12/2010 11:03
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL 062166387-	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME RAZÃO SOCIAL <b>RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO</b>		233.957.703-97	04/12/2010
ENDEREÇO	Bairro/DISTRITO	CEP	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
RUA 4, 183 -	MONDUBIM	60752-340	
MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
Fortaleza	8532986846	CE	

FATURA
<b>PAGAMENTO À VISTA</b>

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS
0,00	0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST
0,00	0,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO
0,00	0,00
DEBITO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00	0,00
VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	3.333,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA
	1 - Destinatário/Remetente
ENDEREÇO	MUNICÍPIO
QUANTIDADE	ESPÉCIE
MARCA	NÚMERAÇÃO
PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO											
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CT	CFOP	UNID.	QTD.	VL. UNTE.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI
20001000	STAR 150Q2 VERMELHA TRAXX CICLOMOTOR 150Q2 - MOTOR 15101000000000000000 - CILINDRO: 1 - CILINDRADA: 49 CC - COR: VERMELHA - TIPO TRANSPORTE: TERRESTRE - NF ORIGEM 4796 - DATA EMISSÃO 15/10/2010 - COMBUSTÍVEL: GASOLINA - REBAVAM 019421 - ANO FABRIMOD: 20107201 - POTÊNCIA: 2,0 KW (2,72 CV) - LOTACAD: 2 - VEÍCULO: 01KM	87111000	060	5403	UN	1,0000	3.333,0000	3.333,00			

CÁLCULO DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCAL
TCMS SOB TRIBUTARIA CONFORME ARTIGO 561 A 563 DO DECRETO 24 569 / 97 A VISTA	DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT 20 NOV. 2010 CONTEÚDO NÃO RELEVANTE GENTE DE GUARADORIA

*Outros*

# DECLARAÇÃO

Eu Ricardo Martins do Nascimento RG 96002721184

CPF 233.957.703-97 declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 04/08/14 fui socorrido por populares

E levado ao hospital UPA do Pol. Joe (Valter) Jota

Declaro de além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado"

Também me responsabilizo pelo ora declaro e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

"Art. 299 - Omitir em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante."

Local: Jatuleza UF GO Data 11/11/2014

Declarante

Ricardo Martins





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ricardo Martin do Nascimento  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 96002721184 EXPEDIDO POR SSP-Ce EM 04/12/196 E  
 CPF 233957303-97 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 344 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8144 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 521-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 11 de novembro de 2014

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 08001071330.

ITAUCARD



Itaú

5256 6214 6169 4585

3296

1.400

10/13

MasterCard

A. C. R. B. C. A. S. C. A. Z. A. T. O

10/13

10/13

Este cartão é de propriedade de Banco Itaú S.A.

Atendimento ao Cliente 0800 4822

aplicada em

8144 00521 5 4385

Assistência ao Cliente Itaú S.A. (0800 4822)

Este cartão é de propriedade de Banco Itaú S.A.

Rede Itaú

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822

0800 4822







Width1W  
dth3Wid  
h993Wid  
h3Width8  
643



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL**

Width1Width3Width993Width3Width8643

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.**

### **> DADOS DA OCORRÊNCIA**

**NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS**

**Nº B.O.: 108-07889/2014 CIOPS: -**

**DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 05/11/2014 15:48**

**DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 04/09/2014 17:00**

**ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AV PERIMETRAL**

**PREFEITO JOSE WALTER FORTALEZA/CE**

**PONTO DE REFERÊNCIA:**

**MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):**

**HISTÓRICO: DISSE a noticiante que no local e data supracitados a vítima pilotava um móto ciquentinha /chassi 951bxkbb5bb004829 / cor vermelha quando foi colhido por um veículo guiado por uma mulher, não tendo as placas do veículos; Que ele foi socorrido por populares e conduzido ao UPA DO PREF. JOSÉ VALTER e depois para o HGF, sendo constatada forte pancada na cabeça e no rosto, bem como trauma no ombro, no braço, na perna e na costela. E NADA MAIS DISSE.**

### **> DADOS DA VÍTIMA**

**NOME: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**

**RG: 96002721184 ORG?O EMISSOR: SSPDS UF: CE**

**DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1950**

**FILIAÇÃO: FRANCISCO MARTINS DO NASCIMENTO**

**ALZUMIRA MARREIRA MARQUES**

**ENDEREÇO: R RUA 04 127**

**MONDUBIM**

**FORTALEZA/CE**

**TELEFONE: 3296.5849**

### **> DADOS DO NOTICIANTE**

**NOME: MARIA IVONEIDE DO NASCIMENTO**

**RG: 92024030637 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE**

**FILIAÇÃO: RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO**

**MARIA LUCIMAR DOS SANTOS NASCIMENTO**

**ENDEREÇO: R 4 186 PLANALTO MONDUBIM**





MONDUBIM  
FORTALEZA/CE - TELEFONE: 32986

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PCC Correia

MATRÍCULA: 135626--1-X

Escrivão

135.626-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Maria Ivo neide do Nascimento*

VISTO DO DELEGADO(A):



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Ricardo Martins do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 9600278184 e inscrito no CPF/MF sob o nº 233.957.903.97 residente e domiciliado na R. SV Ery Plan. Mondubim n° 166 raa Mondubim Cidade Fortaleza Estado CE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ricardo Martins

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Fortaleza 11/11/2014.

Local e data





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo Martins do Nascimento

RG nº 960027218-4, data de expedição 04/12/96, Órgão SSP-Ce

CPF nº 233.957.703-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. IV CJ. Plan Mondubim</u>
Número	<u>166</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Novo Mondubim</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>60000 000</u>
Telefone de Contato	<u>3013-3716</u>
E-mail	

• Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza 11/11/2014

Assinatura do Declarante: Ricardo Martins do Nascimento





Nº de inscrição

000612051

Cidade: PORTALEIR

Endereço: RUA IV CJ PLAN MONUBIM, 186, NOVO MONUBIM

Cidade: PORTALEIR

CPF: 00000-000

Endereço:

Cidade:

CPF:

Insc: 001 Cnpj: 005 Data: 0718 Hora: 0519 Cnpj: 0000

Cnpj: 000

ECONOMIA:

Residencial: 001 Comercial: 000 Indústria: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Valor
ÁGUA	R00F204614	2091	2932	51	51

DÍGAS

Leitura Anterior: 09/09/2014 Leitura Atual: 09/09/2014 Leitura Água: 9999

Leitura Anterior: 03/03/2014 Leitura Atual: 03/10/2014 Leitura Água:

QUALIDADE DA ÁGUA: OBTENIDA DA SUBSTÂNCIA 14 14 1014

Id. do Analisador	Código	Resultado	Limite	Qualidade	Valor
14101	531	531	110	531	11
14102	572	572	572	572	572
14103	572	572	571	558	572

MENSAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVAÇÃO DA PONTUALIDADE: ÁGUA TRATADA E SAUVE.  
DEVIDO A FALTA DE CHUVAS PARA USO RACIONAL P/ ECONOMIZAR ÁGUA

Descrição do serviço:

Valor (R\$)

MENSAGENS DE VULG.

Descrição do serviço	Valor (R\$)	MENSAGENS DE VULG.
ÁGUA	209,78	14101
		14102
		14103
		14104
		14105
		14106
		14107
		14108
		14109
		14110
		14111
		14112
		14113
		14114
		14115
		14116
		14117
		14118
		14119
		14120
		14121
		14122
		14123
		14124
		14125
		14126
		14127
		14128
		14129
		14130
		14131
		14132
		14133
		14134
		14135
		14136
		14137
		14138
		14139
		14140
		14141
		14142
		14143
		14144
		14145
		14146
		14147
		14148
		14149
		14150
		14151
		14152
		14153
		14154
		14155
		14156
		14157
		14158
		14159
		14160
		14161
		14162
		14163
		14164
		14165
		14166
		14167
		14168
		14169
		14170
		14171
		14172
		14173
		14174
		14175
		14176
		14177
		14178
		14179
		14180
		14181
		14182
		14183
		14184
		14185
		14186
		14187
		14188
		14189
		14190
		14191
		14192
		14193
		14194
		14195
		14196
		14197
		14198
		14199
		14200
		14201
		14202
		14203
		14204
		14205
		14206
		14207
		14208
		14209
		14210
		14211
		14212
		14213
		14214
		14215
		14216
		14217
		14218
		14219
		14220
		14221
		14222
		14223
		14224
		14225
		14226
		14227
		14228
		14229
		14230
		14231
		14232
		14233
		14234
		14235
		14236
		14237
		14238
		14239
		14240
		14241
		14242
		14243
		14244
		14245
		14246
		14247
		14248
		14249
		14250
		14251
		14252
		14253
		14254
		14255
		14256
		14257
		14258
		14259
		14260
		14261
		14262
		14263
		14264
		14265
		14266
		14267
		14268
		14269
		14270
		14271
		14272
		14273
		14274
		14275
		14276
		14277
		14278
		14279
		14280
		14281
		14282
		14283
		14284
		14285
		14286
		14287
		14288
		14289
		14290
		14291
		14292
		14293
		14294
		14295
		14296
		14297
		14298
		14299
		14300
		14301
		14302
		14303
		14304
		14305
		14306
		14307
		14308
		14309
		14310
		14311
		14312
		14313
		14314
		14315
		14316
		14317
		14318
		14319
		14320
		14321
		14322
		14323
		14324
		14325
		14326
		14327
		14328
		14329
		14330
		14331
		14332
		14333
		14334
		14335
		14336
		14337
		14338
		14339
		14340
		14341
		14342
		14343
		14344
		14345
		14346
		14347
		14348
		14349
		14350
		14351
		14352
		14353
		14354
		14355
		14356
		14357
		14358
		14359
		14360
		14361
		14362
		14363
		14364
		14365
		14366
		14367
		14368
		14369
		14370
		14371
		14372
		14373
		14374
		14375
		14376
		14377
		14378
		14379
		14380
		14381
		14382
		14383
		14384
		14385
		14386
		14387
		14388
		14389
		14390
		14391
		14392
		14393
		14394
		14395
		14396
		14397
		14398
		14399
		14400
		14401
		14402
		14403
		14404
		14405
		14406
		14407
		14408
		14409
		14410
		14411
		14412
		14413
		14414
		14415
		14416
		14417
		14418
		14419
		14420
		14421
		14422
		14423
		14424
		14425
		14426
		14427
		14428
		14429
		14430
		14431
		14432
		14433
		14434
		14435
		14436
		14437
		14438
		14439
		14440
		14441
		14442
		14443
		14444
		14445
		14446
		14447
		14448
		14449
		14450
		14451
		14452
		14453
		14454
		14455
		14456
		14457
		14458
		14459
		14460
		14461
		14462
		14463
		14464
		14465
		14466
		14467
		14468
		14469
		14470
		14471
		14472
		14473
		14474
		14475
		14476
		14477
		14478
		14479
		14480
		14481
		14482
		14483
		14484

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATAHORA: 04/09/2014 17:24:05	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
ID: 708800012993486		NOME: RICARDO MARTINS PEREIRA			Registro: 5320825		
RG:		D. NASC: 28/01/1985		ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RACIA/COR: Branca
NOME DA MÃE: ANTONIA MARTINS VIEIRA				NOME DO PAI: VALDEMAR PEREIRA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 18		Nº: 38		BAIRRO: NOVO ORIENTE	
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO: MARACANAÚ		UF: CE	CEP: 61921-100
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: RICARDO MARTINS FERREIRA			PARENTESCO:			TELEFONE:	
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. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS-VITAIS							
PRESSÃO ARTERIAL				0	MMHG		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA				0	MM		
FREQUÊNCIA CARDÍACA				0	BCM		
TEMPERATURA				36,00	°C		
GLICÊMIA				0	MG/DL		
SATURAÇÃO DE O2				0	O2		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		CLÍNICO GERAL					

PROTOCOLO DO IJF  
RAE RETIRADA  
PELO SISTEMA  
DATA 05/11/14  
SERVIDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
EPVAT  
20 NOV. 2014  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
GERENTE SEGURADORA SIA



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/09/2014 17:20:05	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CPF: 708600012993486		NOME: RICARDO MARTINS PEREIRA			Registro: 5320073		
RG:		D. NASC: 28/01/1955		ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RACIA/COR: Branco
NOME DA MÃE: ANTONIA MARTINS VIEIRA				NOME DO PAI: VALDEMAR PEREIRA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: 18		Nº: 38	BAIRRO: NOVO ORIENTE		
COMPLEMENTO:		TELEFONE CONTATO:		MUNICÍPIO: MARACANAÚ		UF: CE	CEP: 81921190
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: RICARDO MARTINS FERREIRA				PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:	
ACÓCIMO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUÍMICA:							
EXATOS:							
SINAIS VITAIS							
PRESSÃO ARTERIAL		0		MMHG			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		0		NRM			
FREQUÊNCIA CARDÍACA		0		BCM			
TEMPERATURA		36.00		°C			
GLICÊMIA		0		MG/DL			
SATURAÇÃO DE O2		0		O2			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		CLÍNICO GERAL					

PROTOCOLO DO IJF  
RAE RETIRADA  
PELO SISTEMA  
DATA 05/11/14  
SERVIDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
20 NOV. 2014  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
GENTE SEGURADORA S/A







INSTITUTO Dr. JOSÉ PROTA  
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

# RECEITUÁRIO

Nome: RICARDO MARIN BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

R  
@ NIGMAC RGARD —  
01 (p) VO JA DIN

Dr. Diego Ariel de Lima  
Médico  
CREMEC - 25.784

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

Assinatura e Carimbo do Médico

**PROCURE O IDJ SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 006.003 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formulário AS (149310).





ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POS. GABARITADO



ASSINATURA DO TITULAR

*Ricardo Mantins da Nasciuta*

9606272184

DATA: 4/12/2006

RICARDO MANTINS DA NASCITU

FRANCISCO MANTINS DA NASCITU

ESTADUAL

ACARAU-CE

IDENT. CDSM: 4101

RG: 4001404/CE



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

233 957 703-97

RICARDO MANTINS DA NASCITU

25 08 1956



Cadastrado em nome próprio e identificação  
Dados são apresentados aqui com um documento de identificação

05/2001

**CAIXA**  
Cadastrado em nome próprio

20 NOV 2006

DEPARTAMENTO DE REGISTRO

CONTROLE DE REGISTRO  
CONTROLE DE REGISTRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140042064 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/09/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/12/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO, TORÁCICO E NOS MEMBROS

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140042064 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO MARTINS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/09/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO E FACIAL.

**Descrição do exame médico pericial:** SINISTRADO COM FACIES ASSIMETRIAS, COM QUEIXAS DE CEFALÉIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. \*65 ANOS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA SEQUELAS DE LESÕES CRÂNEO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/12/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## 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
faciais, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

**Assinatura do médico:**

