
Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180474928**

Vitima: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Data do Acidente: **01/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474928**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Sinistro: **3180474928**

Vítima: **ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA**

Data do Acidente: **01/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180474928** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação temporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma crânioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico, conforme documentos de pronto atendimento do dia 01/04/2018 e tomografia do dia 02/04/2018. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos conservador e medicamentoso. Considerando a evolução clínica da fratura de mandíbula decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração da função mastigatória. Com relação ao traumatismo crânioencefálico, após a realização de tratamento medicamentoso, o periciado apresentou quadro resolutivo. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a fratura de mandíbula consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau residual, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O periciado apresenta exame de raios-x do crânio do dia 01/04/2018, do qual informa uma fratura de mandíbula.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180474928**

Nome do(a) Examinado(a): **Antonio Cleiton Gomes De Sousa**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Lucia Saboia, 84, Sobral/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **RG / SSP / CE / 99031031594.**

Data e local do acidente: **01/04/2018, Morrinhos/CE**

Data e local do exame: **30/10/2018, Sobral/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico.

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

Conforme será verificado no exame físico, após a realização dos tratamentos conservador e medicamentoso, sendo apurada a existência de sequela permanente na estrutura craniofacial, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação tâmporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma crânioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

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

[X] Sim [] Não

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

[X] Sim [] Não.

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

Lesões de estruturas craniofaciais, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() “Vítima em tratamento”

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Estrutura craniofacial - N/A - RESIDUAL- 10%

% 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

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 a valoração do dano corporal. Conforme referido no exame físico, não foi constatada lesão neurológica.


Assinatura e carimbo do médico



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

937.459.743-87

Nome completo da vítima

Antônio Cláton Azevedo de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Cláton Azevedo de Souza	937.459.743-87	Autônomo
Enderço	Número	Complemento
AV Iacá Salveira	84	
Bairro	Cidade	Estado
Lutro	Sobral	Ceará
Email	CEP	
	62.010.830	
	Telefone (DDD)	
	087 99605.0011	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N°: **0554** D/V: **292041** CONTA N°: **5**

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA N°: **5** D/V: **5** CONTA N°: **5**

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: _____ NRO: _____

AGÊNCIA N°: _____ D/V: _____

(Informar dígito se existir)

CONTA N°: _____ D/V: _____

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

UBIA CORRETORA DE SEF

Sobral, 03 de outubro de 2018 - 09 OUT. 2018

Local e Data

ASS: _____

Antônio Cláton G. Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.
UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. Nº 545/2018

Data Reg.: 03/08/2018

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO – LESÃO CORPORAL

NOTICIANTE

Nome: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA, brasileiro, Solteiro, Marceneiro, natural de Santa Quitéria/CE, nascido aos 22/07/1982, filho de Manuel Gomes de Sousa e Maria Gomes de Sousa, residente na Avenida Lucia Saboia, Nº 84 - Centro, Sobral/CE. Portador do RG Nº 99031031594-SSP-CE,
CPF Nº 937.459.743-87

HISTÓRICO:

Compareceu na sede desta Unidade Policial de Morrinhos/CE o senhor ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA, o qual informou que no dia 1º do mês de Abril do ano de 2018, por volta das 04:00 horas, se encontrava trafegando na pista de rolamento nas proximidades de Jaibaras, Sobral/CE, pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 2011/2011, placa OCT1382/CE, chassi Nº 9C2KC1670BR570584, registrada em nome de José Marcio Ramos de Araújo, ocasião em que acabou batendo a moto em um homem desconhecido que havia descido de súbito do banco de passageiro de um veículo com característica e placas não anotadas que teria parado a sua frente não dando tempo sequer do noticiante frear a moto para evitar o acidente e que em consequência disso o noticiante perdeu o controle do guidom do veículo automotor vindo a cair ao solo, tendo o mesmo sofrido lesões corporais se encontrado prejudicado. Que o noticiante foi socorrido através do SAMU até a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE onde recebeu o atendimento médico necessário. Que o noticiante foi cientificado que prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que Nada mais tem a declarar

Escrivão: Lauro Florentino Silva
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097.059-1-0

Responsável/Reg.: Antônio Cleiton Gomes d. Sousa

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 OUT. 2018

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAMU SOBRAL

AR C 23
C 22 C 26 C 23

1. SÍNTESE

1.1. DATA	C 06/05/2018	C 24/05/2018
1.2. REFERÊNCIA	2. INDEPÉDICO	3. INDEPENDENTE
1.3. SEXO	M	F
1.4. IDADE	46 Anos	46 Anos
1.5. NOME	Leandro Lira	Leandro Lira
1.6. AVAIS	1.7. AVALIAÇÃO INICIAL	1.8. AVALIAÇÃO FINAL
1.9. SINTOMAS	1.10. SINTOMAS	1.11. SINTOMAS
1.12. EXAMES	1.13. EXAMES	1.14. EXAMES
1.15. CIRCUULAÇÃO	1.16. CIRCUULAÇÃO	1.17. CIRCUULAÇÃO
1.18. RESPIRAÇÃO	1.19. RESPIRAÇÃO	1.20. RESPIRAÇÃO
1.21. AVALIAÇÃO DE GLASGOW	1.22. AVALIAÇÃO DE GLASGOW	1.23. AVALIAÇÃO DE GLASGOW
1.24. ESCALA DE TRAUMA	1.25. ESCALA DE TRAUMA	1.26. ESCALA DE TRAUMA
1.27. PRINCIPAIS LESÕES	1.28. PRINCIPAIS LESÕES	1.29. PRINCIPAIS LESÕES

2. HISTÓRICO

2.1. Antecedentes:	Arterial: _____
2.2. Hipertensão:	_____
2.3. Arteriosclerose:	_____
2.4. Bradicardia:	_____
2.5. Bradistole:	_____
2.6. Choro:	_____
2.7. Cianose:	_____
2.8. Dissemine:	_____
2.9. Dor:	_____
2.10. Fadiga:	_____
2.11. Hálito ácido:	_____
2.12. Hipotensão:	_____
2.13. Hipotermia:	_____
2.14. Hipoglicemias:	_____
2.15. Hipofisiolismus:	_____
2.16. Hirsutismo:	_____
2.17. Hórusas / Vômitos:	_____
2.18. Pupilas Dilatadas:	_____
2.19. Pupilas Mictiticas:	_____
2.20. Pupilas Midriáticas:	_____
2.21. Pupilas Anisocônicas:	_____
2.22. Outros:	_____

3. REFERÊNCIA

3.1. Atendido:	_____
3.2. Atendido:	_____
3.3. Atendido:	_____
3.4. Atendido:	_____
3.5. Atendido:	_____

4. DADOS

4.1. Idade:	46 Anos
4.2. Sexo:	M
4.3. Peso:	70 Kg
4.4. Altura:	1,70 m
4.5. Peso / Altura:	22,22

5. SINTOMAS

5.1. Dor:	_____
5.2. Fadiga:	_____
5.3. Palidez:	_____
5.4. Palidez:	_____
5.5. Palidez:	_____

6. EXAMES

6.1. Físico:	_____
6.2. Fisiológico:	_____
6.3. Bioquímico:	_____
6.4. Radiológico:	_____
6.5. Endoscópico:	_____

7. EXAMES

7.1. Fisiológico:	_____
7.2. Bioquímico:	_____
7.3. Radiológico:	_____
7.4. Endoscópico:	_____
7.5. Fisiológico:	_____

8. EXAMES

8.1. Fisiológico:	_____
8.2. Bioquímico:	_____
8.3. Radiológico:	_____
8.4. Endoscópico:	_____
8.5. Fisiológico:	_____

9. EXAMES

9.1. Fisiológico:	_____
9.2. Bioquímico:	_____
9.3. Radiológico:	_____
9.4. Endoscópico:	_____
9.5. Fisiológico:	_____

10. EXAMES

10.1. Fisiológico:	_____
10.2. Bioquímico:	_____
10.3. Radiológico:	_____
10.4. Endoscópico:	_____
10.5. Fisiológico:	_____

11. EXAMES

11.1. Fisiológico:	_____
11.2. Bioquímico:	_____
11.3. Radiológico:	_____
11.4. Endoscópico:	_____
11.5. Fisiológico:	_____

12. EXAMES

12.1. Fisiológico:	_____
12.2. Bioquímico:	_____
12.3. Radiológico:	_____
12.4. Endoscópico:	_____
12.5. Fisiológico:	_____

13. EXAMES

13.1. Fisiológico:	_____
13.2. Bioquímico:	_____
13.3. Radiológico:	_____
13.4. Endoscópico:	_____
13.5. Fisiológico:	_____

14. EXAMES

14.1. Fisiológico:	_____
14.2. Bioquímico:	_____
14.3. Radiológico:	_____
14.4. Endoscópico:	_____
14.5. Fisiológico:	_____

15. EXAMES

15.1. Fisiológico:	_____
15.2. Bioquímico:	_____
15.3. Radiológico:	_____
15.4. Endoscópico:	_____
15.5. Fisiológico:	_____

16. EXAMES

16.1. Fisiológico:	_____
16.2. Bioquímico:	_____
16.3. Radiológico:	_____
16.4. Endoscópico:	_____
16.5. Fisiológico:	_____

17. EXAMES

17.1. Fisiológico:	_____
17.2. Bioquímico:	_____
17.3. Radiológico:	_____
17.4. Endoscópico:	_____
17.5. Fisiológico:	_____

18. EXAMES

18.1. Fisiológico:	_____
18.2. Bioquímico:	_____
18.3. Radiológico:	_____
18.4. Endoscópico:	_____
18.5. Fisiológico:	_____

19. EXAMES

19.1. Fisiológico:	_____
19.2. Bioquímico:	_____
19.3. Radiológico:	_____
19.4. Endoscópico:	_____
19.5. Fisiológico:	_____

20. EXAMES

20.1. Fisiológico:	_____
20.2. Bioquímico:	_____
20.3. Radiológico:	_____
20.4. Endoscópico:	_____
20.5. Fisiológico:	_____

21. EXAMES

21.1. Fisiológico:	_____
21.2. Bioquímico:	_____
21.3. Radiológico:	_____
21.4. Endoscópico:	_____
21.5. Fisiológico:	_____

22. EXAMES

22.1. Fisiológico:	_____
22.2. Bioquímico:	_____
22.3. Radiológico:	_____
22.4. Endoscópico:	_____
22.5. Fisiológico:	_____

23. EXAMES

23.1. Fisiológico:	_____
23.2. Bioquímico:	_____
23.3. Radiológico:	_____
23.4. Endoscópico:	_____
23.5. Fisiológico:	_____

24. EXAMES

24.1. Fisiológico:	_____
24.2. Bioquímico:	_____
24.3. Radiológico:	_____
24.4. Endoscópico:	_____
24.5. Fisiológico:	_____

25. EXAMES

25.1. Fisiológico:	_____
25.2. Bioquímico:	_____
25.3. Radiológico:	_____
25.4. Endoscópico:	_____
25.5. Fisiológico:	_____

26. EXAMES

26.1. Fisiológico:	_____
26.2. Bioquímico:	_____
26.3. Radiológico:	_____
2	



W.L.Nevins 10/10/19

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 Celio Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-187 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Gleison Gomes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 937.459.743-87, do sinistro de DPVAT cobertura Inteira da Vítima Antonio Gleison Gomes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 937.459.743-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Tui Alvaro</u>		Número	<u>665</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Vila do Astur</u>	Cidade	<u>sobral</u>			
Email			Estado	<u>Ceará</u>		
			CEP	<u>62020-370</u>		
			Telefone comercial(DDD)	<u>(62) 994605.0011</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>(62) 99477-4532</u>		

Sobral, 05 de outubro de 2018
 Local e Data LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 OUT. 2018


 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José marcio Rovas de Souza,

RG nº 2002 031029 190, data de expedição 06/05/02,
Órgão SSECE, portador do CPF nº 603.105.923-55, com
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Adalcisa Pauleo Roscavceiros, nº 162,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antônio Cliton Gomes de Souza cujo o condutor era
Antônio Cliton Gomes de Souza

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda CG 150 FAN

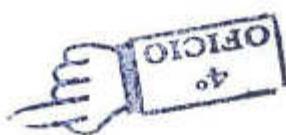
Ano: 2011

Placa: OCT 1392

Chassi: 9G2KC1670BL570584

Data do Acidente: 01/04/2018

Local e Data: Sobral 13/08/2018



José marcio Rovas de Souza

Assinatura do Declarante



Antônio Cliton G. Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço(a)e(s) Firma(s) de Antônio Cliton Gomes de Souza

Por autenticidade () por semelhança, Dou Fé.
Em Testemunho _____

13 AGO. 2018

Sobral - CE

ANTÔNIO MAURICIO DE CARVALHO - TABELIÃO
THALES GUIMARÃES DE CARVALHO - SUBSTITUTO
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.
RAIMUNDO NORATO ALVES - ESC. SUBST.
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.
MARIA DE FÁTIMA LIMA DO NASCIMENTO - ESC. AUT.
VALIDADA SOMENTE COM O SÉLO DE AUTENTICIDADE.

RECONHECIMENTO DE FIRMA
No CK 428373 - MBR

VALIDADE: 13/08/2018

E-mail: electronica@bolminist.com

02

Reconheço(a)e(s) Firma(s) de José marcio Rovas de Souza

Por autenticidade () por semelhança, Dou Fé.
Em Testemunho _____

13 AGO. 2018

Sobral - CE

ANTÔNIO MAURICIO DE CARVALHO - TABELIÃO
THALES GUIMARÃES DE CARVALHO - SUBSTITUTO
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.
RAIMUNDO NORATO ALVES - ESC. SUBST.
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.
MARIA DE FÁTIMA LIMA DO NASCIMENTO - ESC. AUT.
VALIDADA SOMENTE COM O SÉLO DE AUTENTICIDADE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

OUTUBRO 2018

RECONHECIMENTO DE FIRMA
No CK 428373 - MBR

VALIDADE: 13/08/2018

E-mail: electronica@bolminist.com

02

environ

Nome		ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA
Número		937.459.743-87
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF		
Ministério da Fazenda Receita Federal		
		
		
		
		
<p style="text-align: center;">ESTADO DA PARANÁ BRASIL</p>		
<p style="text-align: center;">22/07/1982</p>		

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		NOME CELIO GEOFANI MARQUES LINO	
		DOC. IDENTIF.	CBO EMPRESA UF
		068109	M76 CE
		CPF	DATA NASCIMENTO
		284.193.913-87	15/04/1967
		PARECER	
		JOSE LINO BARBOSA FRANCISCA VALDENIR MARQUES LINO	
		PERMITIDO	ACC
		CATIVAS	115
Nº REGISTRO		VALIDADE	VALIDAÇÃO
012483			15/03/1985
OBSERVAÇÕES			
SEM OBSERVAÇÃO			
ASSINATURA DO FORTIFICANTE			
LOCAL		DATA EMISSÃO	
SOBRAL, CE		15/03/2018	
<i>[Assinatura]</i> Com Verba de Cadastramento		92681871024 CE164058109	
CEARÁ			

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497615130

Motivador do Procedo!

LUBIA CORRETORA DE SEGUIMENTO
09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

LUBIA CORRETORA DE SEC. LTD.

455

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO		Nº 02054665052		DETTRAN - CE	
X-001 D002923018		NAME		JOSE MARCOS RAINES DE ARAUJO	
SUEIRAL		CPF/CNPJ		60811332215	
CE		CHASSIS		B2C2KCL570BR020984	
FATIAMENTO		CARTEIRA		HONDA/CB 150 FPI 291	
DOD/RECEPÇÃO		CAR/PORT/CLB		ZP/OCV/149EC	
VEHICULO		COTU UNICO		PARTIDA	
1. P EXCELENTES		2. PAR EXCELENTE		3. PAR MUITO BOM	
PREMIO TRAFEGANDO 100% PREMIO TRAFEGANDO 100% PREMIO TRAFEGANDO 100%		PREMIO TRAFEGANDO 100% PREMIO TRAFEGANDO 100% PREMIO TRAFEGANDO 100%		ENTRADA	
SÉRIE DE REGISTRAÇÃO					
04/08/2013					
SUEIRAL					
ENTRADA					



lauz INL

Registro N. 761062 / 2018

Digitacao: 11/09/2018 (MARIA.GLEISE)
Livro: 10 Pagina:148

Enviar para PARTE INTERESSADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 4 de setembro de 2018, nesta cidade de Sobral, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

FERNANDA NOBRE MOURA LEAL CREMEC Nº: 10444

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº /, emitida pelo (a) PARTE INTERESSADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 15:40h de 04/09/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando teria sofrido acidente de trânsito no dia 1º de abril de 2018.

Apresenta prontuário médico da Santa Casa de Sobral onde consta que estaria com rebaixamento do nível de consciência e equimose periorbital à direita.

A tomografia de crânio mostrou fratura de ossos da face.

AO EXAME: Periciando com andar lento, algo confuso, responde pouco as perguntas. Apresenta edema de pé direito.

Refere vertigens e cefaleia importante.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Sequela parcial incompleta de repercussão intensa, com déficit de marcha.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

FERNANDA NOBRE MOURA LEAL
CREMEC Nº: 10444



Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpval.perfoc.ece.gov.br e informe o código e1d92da09be55fd



MUNICÍPIO DE
MOTR

LIBIA CORRETORA DE SEGURO
09 OUT. 2018



MARCELO ROCHA

LÍBIA CORRETORA DE SEC
09 OUT. 2018

ASS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
 SOUSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
TRAUMA CONTUSO COM FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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 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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
SOUSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
TRAUMA CONTUSO COM FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # 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.

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 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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação temporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma crânioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico, conforme documentos de pronto atendimento do dia 01/04/2018 e tomografia do dia 02/04/2018. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos conservador e medicamentoso. Considerando a evolução clínica da fratura de mandíbula decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração da função mastigatória. Com relação ao traumatismo crânioencefálico, após a realização de tratamento medicamentoso, o periciado apresentou quadro resolutivo. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a fratura de mandíbula consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau residual, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O periciado apresenta exame de raios-x do crânio do dia 01/04/2018, do qual informa uma fratura de mandíbula.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474928 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria de face e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação temporo mandibular decorrente do desvio da mandíbula, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Ainda, com relação ao trauma crânioencefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Consciência lúcida. Respondeu ao perguntado de maneira clara e coerente. Orientado no tempo, no espaço, e circunstâncias. Pensamento sem alterações delirantes, deliróides ou fabulatórias. Inteligência dentro da normalidade.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura de mandíbula e traumatismo crânioencefálico, conforme documentos de pronto atendimento do dia 01/04/2018 e tomografia do dia 02/04/2018. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos conservador e medicamentoso. Considerando a evolução clínica da fratura de mandíbula decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração da função mastigatória. Com relação ao traumatismo crânioencefálico, após a realização de tratamento medicamentoso, o periciado apresentou quadro resolutivo. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a fratura de mandíbula consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Lesões de estruturas craniofaciais, em grau residual, com prejuízo não compensável da função mastigatória.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O periciado apresenta exame de raios-x do crânio do dia 01/04/2018, do qual informa uma fratura de mandíbula.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henrique Rodrigues Rosito".

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antônio Cléiton Gomes de Souza, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Autônomo, CI RG nº
9903103159-4, CPF/MFNº 937.459.743-82, residente e domiciliado(a)
à Rua 24V Louria Saloia, 84, Centro, Cidade de
Sobral, Estado Ceará, CEP:
62.010-830, telefone (88) 9 9605.0011 / (88) 9 9477-4532.

OUTORGADO: Lílio Arotini Monges Lemos,
CPF sob o n.º 284.193.913-87, e
RG sob o número 86399885, com endereço citado à
Rua Dr. Júlio Idelino, 665, Centro do Cato, na cidade de
Sobral, Estado do Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



UBIA CORRETORA DE SEGURO
09 OUT. 2018

ASS: Antônio Lílio G. Souza
OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370291/18

Vítima: ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA

CPF: 937.459.743-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO CLEITON
GOMES DE SOUSA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CELIO GEOVANI MARQUES LINO : 284.193.913-87

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

ANTONIO CLEITON GOMES DE SOUSA : 937.459.743-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: CELIO GEOVANI MARQUES LINO
CPF: 284.193.913-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

CELIO GEOVANI MARQUES LINO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA