

---

**Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266185**

**Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

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

**Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266185**                      **Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

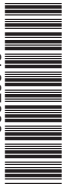
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 00097/00098 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14188936

---

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266185**

**Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 17 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266185**

**Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES**

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Informamos que o pagamento da indenização o 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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001141-X

Conta: 0000014654-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 004.258.303-90 Nome completo da vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES

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

Nome completo: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES CPF: 004.258.303-90

Profissão: PROFESSOR Endereço: RUA CAPITÃO RODRIGO Número: 211 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: NOVO ORIENTE Estado: CEARA CEP: 63.740-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (88) 9.96232760

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:     CONTA:

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1141 0 CONTA: 14654 4

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

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 08 ABR 2019

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: NOVO ORIENTE - CE, 29/03/2019.

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

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

[Assinatura]

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[Assinatura]

Assinatura do Representante Legal (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACÖES BANCO DO BRASIL  
28/03/2019 AUTO-ATENDIMENTO 15.44.29  
129672692 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE  
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: GLEIVANDY R GONCALVES  
AGENCIA: 1141-X 14.654-4

Saldo 199,740

CHEQUE ESPECIAL - LIMITES

|                     |         |
|---------------------|---------|
| - Limite Contratado | 200,00C |
| - Limite Utilizado  | 199,740 |
| - Limite Disponível | 0,26C   |

|                   |        |            |            |
|-------------------|--------|------------|------------|
| JUROS             | 2,36   | IOF        | 0,00       |
| TX.CH.OURU        | 11,62% | VENCIMENTO | 30.04.2019 |
| QTDE DIAS CHQ ESP |        |            | 3          |

CREDITO BB-MELHOR OFERTA\* 21.479,04C

Linhas de Credito Credito\*

Renove seu Credito

BB Renovacao Consignacao\*\* 21.479,04

Credito Novo

BB Cred Consig em Folha\*\* 16.043,00

BB Credito Salarial 6.620,00

Financiamentos de Bens/Servicos

BB Credencial/Construcao 9.526,00

\*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para voc e estao sujeitas a confirmacao no momento da contratacao.

\*\*Disponivel apos confirmacao da margem pelo empregador.

Desde o dia 18/04 voce pode entrar em contato com o Banco do Brasil pelo numero 4003-3001 ou 0800 729 3001.



Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.





Impresso nº 2019203102

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 233 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 09:40:00**  
Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2018 17:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE MACACO**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVO ORIENTE/CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**  
Nascimento: **12/02/1984** CPF: **004.258.303-90**  
RG: **2000020046783** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA RODRIGUES GONÇALVES TEIXEIRA**  
**LUIZ GONÇALVES NETO**  
Endereço: **RUA CAPITÃO RODRIGO, 211**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYG4220** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:  
**9C2JC30102R226642** Renavam: **793932602** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano  
Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**VERMELHA** Proprietário: **LUIZ GONÇALVES NETO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

**1ª) Vítima Condutor**

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no dia 17/12/2018, por volta das 17h00, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta Honda/CG 125 TITAN KS, placa HYG 4220, cor vermelha, licenciada e registrada no nome de seu pai LUIS GONÇALVES NETO; QUE estava trafegando com a motocicleta na localidade do Macaco, zona rural do Novo Oriente-CE, quando se aproximava de um entrocamento e outra motocicleta adentrou a via que o declarante vinha invadindo a preferencial; Que a outra motocicleta atingiu a motocicleta do declarante entre a roda dianteira e o mata-cachorro do lado direito; Que o piloto da outra motocicleta se levantou e se evadiu do local sem prestar socorro; Que o declarante foi socorrido por populares que chegaram de carro ao local logo depois do acidente; Que o foi socorrido para o hospital do município Dr José Maria Fernandes Leitão; Que foi encaminhado ao hospital de Crateús-CE, para realizar exames; Que foram feitos rios x dos tornozelos; Que o declarante teve fratura nos dois tornozelos; Que seu tornozelo direito permaneceu com gesso mais de dois meses; Que o tornozelo esquerdo não foi engessado em virtude de um corte



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



Impresso nº 2019203102

BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 233 / 2019

ocasionado pelo acidente em que o declarante levou 13 pontos em seu pé esquerdo; Que ainda sofre dores até hoje em virtude do acidente, principalmente em seu pé esquerdo (quando fixa o pé no chão); E nada mais disse.

2ª) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 20/02/2019, conforme laudo pericial nº 192793-02/2019P. Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após o acidente.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4ª) Testemunhas

4.1) LUIS GONÇALVES NETO, RG 2016049283-6, SSP-CE, residente na Rua Capitão Rodrigo, nº 211, Bairro Centro, Novo Oriente-CE.

*Luis Gonçalves Neto*

4.2) MARIA GONÇALVES LIMA, RG 2018042174-8, SSP-CE, residente a Localidade de São Raimundo, Zona rural, Novo Oriente-CE.

*Maria Gonçalves Lima*

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*Rafael Belo da Silva*  
Escrivão de Polícia

RAFAEL BELO DA SILVA - MAT.: 30120027

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*am*  
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 004.258.303-90 Nome completo da vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

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

Nome completo: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES CPF: 004.258.303-90

Profissão: PROFESSOR Endereço: RUA CAPITÃO RODRIGO Número: 211 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: NOVO ORIENTE Estado: CEARA CEP: 63.740-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (88) 9.96232760

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1141 0 CONTA: 14654 4

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 08 ABR 2019

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: NOVO ORIENTE - CE, 29/03/2019.

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

|   |        |   |   |                             |
|---|--------|---|---|-----------------------------|
| Nome Paciente<br><b>19689-GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES</b> |        | Data - Hora<br><b>17/12/2018 - 19:46:02</b> |   | Atendimento<br><b>28171</b> |
| Cartão Nacional de Saúde(CNS)<br><b>898002785743158</b>     |        | Documento                                   | Data de Nascimento<br><b>12/02/1984</b> | Idade<br><b>34</b>          |
| Nome da Mãe<br><b>MARIA RODRIGUES GONÇALVES TEIXEIRA</b>    |        | Telefone de Contato                         |   | Sexo<br><b>M</b>            |
| Endereço<br><b>RUA CAPITÃO RODRIGO</b>                      | Número | Bairro<br><b>CENTRO</b>                     | Cidade/UF<br><b>NOVO ORIENTE/CE</b>     | CEP<br><b>63740000</b>      |
| Procedência   |        |   |   |                             |

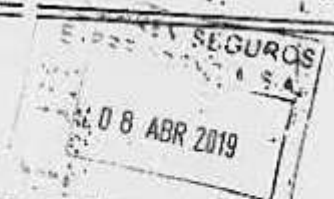
História Clínica/Queixa do Paciente

*Prontidão ritorna de acidente de trânsito  
querendo saber do pé D*

Exame Físico

*Prontidão ritorna*

Exames Solicitados



Hipótese/Conclusão Diagnóstica

*Fratura do pé D*

Conduta/Tratamento

- S.F. 9/12/2018
- Cateterismo
- Oxição
- Sinais
- Análise de B. 13

19.25

Recepcionista / Atendente

*Santana*

Assinatura / Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável / Saída

*Dr. R. V. L. L. L.*

CRM: 10013

# 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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

BANCO: 001

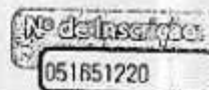
AGÊNCIA: 01141-X

CONTA: 000000014654-4

---

Nr. da Autenticação CF7CB589EE7CD20D



**DADOS DO CLIENTE**

Nome: LUIS GONCALVES NETO

End. Leitura: RU CAP RODRIGO, 211, CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE

CEP: 53.740-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 007

Setor: 004  
Subsetor: 00Quadra: 0118  
Subquadra: 00

Lota: 0085

CEP: 0000  
Cemp: 0000**ECONOMIAS**

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumen <sup>m³</sup> | Média Semestral <sup>m³</sup> |
|---------|------------|------------------|---------------|-----------------------|-------------------------------|
| ABUA    | R10F009163 | 1037             | 1048          | 11                    | 9                             |

**ARCS**

Leitura Atual: 27/03/2019

Emissão: 27/03/2019

Lacre Água: 99999

Leitura Anterior: 23/02/2019

Próxima Leitura: 26/04/2019

Lacre Esgoto:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:**

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 021   | 021      | 010 | 021               | 021              |
| Analisadas      | 021   | 016      | 008 | 021               | 021              |
| Em conformidade |       |          |     |                   |                  |

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |    |   |
|-------------|---------------------|----|---|
| 29,16       |                     |    |   |
|             | Mês/Ano             |    |   |
|             | Água (m³)           |    |   |
|             | Esgoto (m³)         |    |   |
|             | JAN/18              | 3  | 0 |
|             | FEB/18              | 4  | 0 |
|             | MAR/18              | 5  | 0 |
|             | ABR/18              | 6  | 0 |
|             | MAY/18              | 5  | 0 |
|             | JUN/18              | 5  | 0 |
|             | JUL/18              | 5  | 0 |
|             | AGO/18              | 5  | 0 |
|             | SET/18              | 9  | 0 |
|             | OCT/18              | 8  | 0 |
|             | NOV/18              | 12 | 0 |
|             | DEZ/18              | 7  | 0 |
|             | JAN/19              | 12 | 0 |
|             | FEB/19              | 8  | 0 |

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PTS       | 0,28        |
| COFINS    | 1,39        |

**SUBSÍDIO**

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO    | 19,21       |
| VALOR DO SUBSÍDIO   | 16,05       |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 29,16       |

MÊS/ANO

03/2019

VENCIMENTO

05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,16









Nº de inscrição

051851720

## DADOS DO CLIENTE

Nome: LUIZ GONCALVES NETO  
End. Entrega: RU CAR RODRIGO, 211, CENTRO  
Cidade: NOVO ORIENTE

CEP: 93740-000

End. Entrega:

Cidade:

Lote: 007

Setor: 004

Subsetor: 00

Quadra: 011B

Subquadra: 00

Lote: 000B

CEP:

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumen <sup>m³</sup> | Média Semestral <sup>m³</sup> |
|---------|------------|------------------|---------------|-----------------------|-------------------------------|
| REGUL   | R10F009163 | 1037             | 1048          | 11                    | 9                             |

## DATAS

Leitura Atual: 27/03/2019

Leitura Anterior: 23/02/2019

Emissão: 27/03/2019

Prévia Leitura: 26/04/2019

Lacre Água: 90999

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

| Nº de Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Bacteriologia Coli |
|----------------|-------|----------|-----|-------------------|--------------------|
| Enchimento     | 021   | 021      | 010 | 021               | 021                |
| Análise        | 021   | 016      | 008 | 021               | 021                |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |           |             |
|-------------|---------------------|-----------|-------------|
| 29 16       | Mês de:             | Agua (m³) | Esgoto (m³) |
|             | 04/18               | 4         | 0           |
|             | 05/18               | 5         | 0           |
|             | 06/18               | 6         | 0           |
|             | 07/18               | 5         | 0           |
|             | 08/18               | 5         | 0           |
|             | 09/18               | 8         | 0           |
|             | 10/18               | 8         | 0           |
|             | 11/18               | 12        | 0           |
|             | 12/18               | 7         | 0           |
|             | 01/19               | 12        | 0           |
|             | 02/19               | 8         | 0           |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | Subsídio            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PTES      | 0,28        | VALOR DO SERVIÇO    | 18,21       |
| COFINS    | 1,38        | VALOR DO SUBSÍDIO   | 16,05       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 29,16       |

MÊS/ANO

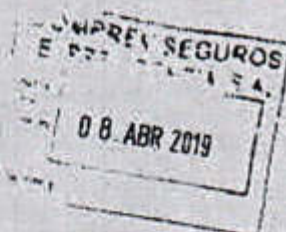
03/2019

VENCIMENTO

05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,16



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JENILSON CASTRO DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 781.883.183 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.258.303 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.258.303 / 90, 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 PEDRO CARVALHEIRO</u> |        | Número              | <u>366</u>              | Complemento            | <u>CASA</u> |                        |
| Bairro   | <u>CENTRA</u>                | Cidade | <u>NOVO ORIENTE</u> | Estado                  | <u>CEARA</u>           | CEP         | <u>63.740-000</u>      |
| Email    |                              |        |                     | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |             | <u>(83) 9.96232760</u> |

NOVO ORIENTE-CE, 29 de MARÇO de 2019  
Local e Data

Jenilson Castro Dantas  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

EU, LUIS GONÇALVES NETO

RG nº 20160492836

data de expedição 17/02/2016

Órgão SSP-CE

portador do CPF nº 067.679.743-15

com domicílio na cidade de NOVO ORIENTE

no Estado de

CEARA

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CAPITÃO RODRIGUES - CENTRO

nº 211

complemento CASA

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES

cujo o condutor era

GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES

Veículo: MATA

Modelo: HONDA CB 125 TITAN KS

Ano: 2002

Placa: HVF4220

Chassi: 9C22C30102R226642

Data do Acidente: 17/12/2018

Local e Data: NOVO ORIENTE-CE, 28 DE MARÇO DE 2019



Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO  
**Pinho**  
2º Ofício

[ ] Del. MANOEL ALEXANDRE DE PINHO  
[ ] Nóbis Coelho de Pinho  
[ ] Maria Araújo Teixeira  
[ ] Osmarina Lira de Sousa

Reconheço por autenticidade a firma de LUIS GONÇALVES NETO

Em 28 de Março de 2019 às 15h20min



CARTÓRIO **Pinho** 2º Ofício  
Maria Araújo Teixeira  
Escritura Substituta



## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Gláucy de Aguiar Cadete Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Lúcia de Aguiar

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 12/07/84 Ocupação: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento? paciente vítima de acidente de moto quando estava  
em movimento em ambas as pernas

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: Contusão

Dra. Rita Velasco A. Cavale medica 12/08/18 \_\_\_\_\_  
CRM: 10882 Função Data Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: Rx pé D e E Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: 1/1 Hora: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N.º \_\_\_\_\_ Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico \_\_\_\_\_

Resultado de Exames \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

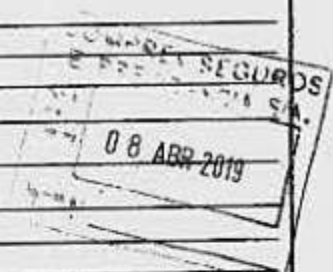
Proposta de Conduta para seguimento \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data





SOCIÉDADÉ BÉNFICÉNTÉ SÃO CAMILO

HOSPITAL SÃO LUCAS

Impressão: 18/12/2018 09:01

Página 1

v201800

## Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 052974 Atendimento 0003 Nome do Paciente GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CNS 898002785743158

Guia de Autorização

Documento(s) 18/12/2018 2000020047291

Data de Nascimento 12/02/1984

Local NOVO ORIENTE/CE

Pai LUIZ GONCALVES NETO

Endereço RUA CAPITAO RODRIGO, 211

Profissão PROFESSOR

Responsável PAMELA MARIA ALVES CARVALHO

Bairro CENTRO

Mãe MARIA RODRIGUES GONCALVES TEIXEIRA

CEP 63740-000

Município NOVO ORIENTE

Estado Civil Outro  
Sexo Feminino  
Idade 34 Anos(s)

UF CE Telefone 88997986477

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/12/2018 Hora 08:17 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário MONALIZA LOPES CLAUDINO

Observação trouxe guia

Sala

Data/Hora Liberação

às hs.

Tipo de Saída

( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C) 36

P (bpm) 88

R (mpm) 20

PA (mmHg) 114 X 71

Oximetria (%) 99

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 18/12/2018 09:01

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de queda de moto (sic), com trauma em MMII no tornozelos e pés, com ferimentos

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

Trauma em MMII

a partir de um

a dor e edema

em MMII

R. tornozelo D/E

talco bo te

Luis Glauber Mota Rodrigues  
TÉC. DE IMPLANTACAO ORTOPEDICA  
ASS. FIC. 1º 1110

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: PAMELA MARIA ALVES CAR

## RECEITUÁRIO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: GLEIVANDY NORRIGUES CAVACUTE

END.: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

☐

SEDE

☐

ZONA RURAL

Rx

Uso Oral

(1) PROFUM 100 mg ———— Olu  
Tomen 01 cp de 12/12h por 7 dias

(2) DIPINDA 1 G ou PARACETAMOL 750 mg - Olu  
Tomen 01 cp de 1 a 6/6h de dor

*Dra. Bruna Ximenes*  
MÉDICA  
CREMEC: 18.516

Carimbo profissional

Data: 18, 12, 2018





Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Glauanely Rodrygo Gomeles

1 uso oc. cefalotina 500 20

for 1 vez 10 6/6l

○ Ar flex retinal 200 - 12  
for 1 vez 10 2x dia

Retor na dia

2/1/19 P/

Pa de formigão D/E

Junior Fernandes  
CRM 6030  
RANMAG-ORTOREDA

18  
12  
18

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE

COMPANHIA SEGUROS  
08 ABR 2019

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome: Gleiany Rodrigues Soares  
END.: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ ☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

Uso

① Clonazepam 300g — 10/4  
1000 1g 8/12 por 7 dias

② Chlormidazina 200g — 10/4  
1000 1g 8/12 por 5 dias

③ Atropina 100g — 01/4  
1000 1g 8/12 por 5 dias

carimbo profissional

Dr. Rita Valente A.C.  
CRM 18803

29.12.17

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000  
Telefone: (88) 3629.1105 - Email: smnovooriente2017@gmail.com



## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da Vítima

Nome completo: ELCIVANDY RODRIGUES GONÇALVES  
CPF E/OU RG: 2000020047293  
Endereço completo: R. EMPÍLIO RODRIGO - 233  
Bairro: CENTRO  
Cidade: NOVO ORIENTE - CE

### Informações do Acidente

Data do acidente: 17.12.18

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO COM FRATURA  
DOS TORNOTÉLOS DIR. E ESQ., ALÉM DE ESCORIAÇÕES EM  
MM. IS.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

PACIENTE RECEBEU ANALGESIA CLÍNICA, AVALIAÇÃO DO OR  
PODISTA E FICOU COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 80 DIAS  
FISIOTERAPIA POSTERIOR.

c) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

PACIENTE APRESENTA DEFORMAÇÃO CÉVICA EM TORNOTÉLO  
ESQ., ALÉM DE DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO AO  
MÉDIOS ESFORÇOS

Segundo o previsto no inciso II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, procedo a correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

### Segmento Anatômico:

1ª Lesão: Região corpo (sequela): FRATURA DE TORNOTÉLO ESQ.

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completa

2ª Lesão: Região corpo (sequela): FRATURA DE TORNOTÉLO DIR.

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completa

3ª Lesão: Região corpo (sequela): \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completa

Local e data da realização da avaliação médica

29.03.19., CRATOZ - CE

x Frederico Rodrigues Gonçalves

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
MÉDICO  
CREMEC 19150

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: DENILSON CASTRO DANTAS

DOC. IDENTIFIC. / OUT. SINALIZ. UF: 306102096 SSP CE

CPF: 781.883.183-53 DATA NASCIMENTO: 01/04/1977

FUNCAO: FRANCISCO BRAZ DANTAS  
 ALAIDE ALVES DE SOUSA

RENOVACAO: [ ] ACC: [ ] CAT. HAB: AB

V.º REGISTRO: 94820791472 VALIDEZ: 14/08/2019 1ª HABILITACAO: 25/11/2009

OBSERVAÇÕES:  
 SEM OBSERVAÇÃO;

Denilson Castro Dantas

LOCAL: CRATEUS, CE DATA EMISSAO: 26/08/2014

57862559806  
 443290622

DETRAN-CE-OCERRA

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 973054610

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 973054610

- VIGILÂNCIA DE SEGUROS  
 08 ABR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 7166427168  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA EDIL 01 Cód. RENAVAM 793932602 RNTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2007

NOME/ENDEREÇO  
LUIZ GONCALVES NETO  
R CAP RODRIGUES 00211  
\*\*\*\*\* CENTRO  
63.740-000 NOVO ORIENTE - CE

CPF/CGC 06767974315 PLACA HYG4220

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\*/CE CHASSI 9C2JC30102R226642

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB 2002 ANO MOD 2002

CAP/POT/OIL 2P/12CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA I \*\*\*\*\* VENC. COTA UNICA \*\*/\*\*/\*\* VENC./COTAS 1 \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A. \*\* PARCELAMENTO/COTAS \*\*\*\*\* 2 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*

NOVO ORIENTE INTERIORE 05/06/2008

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

CE Nº 7166427168 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO  
LUIZ GONCALVES NETO  
R CAP RODRIGUES 00211  
\*\*\*\*\* CENTRO  
63.740-000 NOVO ORIENTE - CE

CPF/CGC 06767974315 PLACA HYG4220

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

CENº 7166427168 EXERCÍCIO 2007 DATA EMISSÃO 05/06/2008

NOME/ENDEREÇO  
LUIZ GONCALVES NETO  
R CAP RODRIGUES 00211  
\*\*\*\*\* CENTRO  
63.740-000 NOVO ORIENTE - CE

VIA 01 CPF/CGC 06767974315 PLACA HYG4220

Cód. RENAVAM 793932602 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB 2002 CHASSI 9C2JC30102R226642

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

INTERIOR

LOTE/DOC! 55672144

MOTOR: 3C30E12226642

08 ABR 2019  
SEGUROS



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266185 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 12/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO E ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ( PÁG 6) 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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



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: 3190266185

Nome do(a) Examinado(a): GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

Endereço do(a) Examinado(a): R CAP RODRIGO, 211, , 63.740-000, CENTRO, Novo Oriente/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2000020046783

Data e local do acidente: 17/12/2018 - Novo Oriente/CE

Data e local do exame: 06/06/2019 - Sobral/CE Coordenadas  
Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura do maléolo lateral bilateral.

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

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso, conservador para o tornozelo direito e cirúrgico para o tornozelo esquerdo. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no tornozelo bilateral,

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 20°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 40°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

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

Sim

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

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

Perda parcial e incompleta do tornozelo esquerdo, devido à redução da mobilidade e força. Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, devido à redução da mobilidade e força.

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

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

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

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

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

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

Tornozelo Esquerdo - Leve - 25%

Tornozelo Direito - Leve - 25%

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

  
Dr. Greice Freitas Cavalcanti  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**CPF:** 004.258.303-90

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

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

### GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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](http://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: 08/04/2019  
Nome: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES  
CPF: 004.258.303-90

\_\_\_\_\_  
GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

\_\_\_\_\_  
LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

Número do Sinistro: 3190266185

Vítima: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

CPF: 004.258.303-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: GLEIVANDY RODRIGUES  
GONCALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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](http://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: 02/05/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

**Número do Sinistro:** 3190266185

**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**CPF:** 004.258.303-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90**

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](http://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: 23/05/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266185 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do maléolo lateral bilateral.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 20°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 40°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do maléolo lateral bilateral, conforme documentos de pronto atendimento datados em 17/12/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador para o tornozelo direito e cirúrgico para o tornozelo esquerdo. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo bilateral. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do tornozelo esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força. Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/06/2019

**Conduta mantida:**

**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 leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266185 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 12/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO E ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 6) 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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

|                |                               |            |                |
|----------------|-------------------------------|------------|----------------|
| NOME:          | GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES |            |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                    |            |                |
| ESTADO CIVIL:  | Casado                        | PROFISSÃO: | Professor      |
| RG Nº:         | 2000020046783-SSP-CE          | CPF Nº:    | 004.258.303-90 |
| ENDEREÇO:      | Rua Capitão Rodrigo, nº 211   | BAIRRO:    | Centro         |
| CIDADE:        | Novo Oriente                  | ESTADO:    | Ceará          |
| CEP:           | 63.740-000                    | CELULAR:   | (88) 996232760 |

## OUTORGADO:

|                |                              |            |                |
|----------------|------------------------------|------------|----------------|
| NOME:          | DENILSON CASTRO DANTAS       |            |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                   |            |                |
| ESTADO CIVIL:  | Solteiro                     | PROFISSÃO: | Func. Público  |
| RG Nº:         | 306102096-SSP-CE             | CPF Nº:    | 781.883.183-53 |
| ENDEREÇO:      | Rua Pedro Carvalheda, nº 366 | BAIRRO:    | Centro         |
| CIDADE:        | Novo Oriente                 | ESTADO:    | Ceará          |
| CEP:           | 63.740-000                   | CELULAR:   | (88) 996232760 |

## PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza **INVALIDEZ** que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES**, ocorrido em **17/12/2018**, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Novo Oriente/CE, 28 de março de 2019.

*Gleivandy Rodrigues Gonçalves*  
Outorgante: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES  
CPF nº 004.258.303-90



Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: GLEIVANDY RODRIGUES GONÇALVES. DOU FE. NOVO ORIENTE-CE 28/03/2019.  
*Maria do Socorro R. Sampaio Alves*  
MARIA DO SOCORRO R. SAMPALHO ALVES  
Selo de fiscalização CN388126



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

**Número do Sinistro:** 3190266185

**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**CPF:** 004.258.303-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90**

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](http://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: 02/05/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

**Número do Sinistro:** 3190266185

**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**CPF:** 004.258.303-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90**

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](http://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: 23/05/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120391/19

**Vítima:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**CPF:** 004.258.303-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

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

### GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES : 004.258.303-90

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](http://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: 08/04/2019  
Nome: GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES  
CPF: 004.258.303-90

\_\_\_\_\_  
GLEIVANDY RODRIGUES GONCALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

\_\_\_\_\_  
LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA