
Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376765

Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSMO SOUSA DA SILVA

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. 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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376765 **Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA**

Data do Acidente: 06/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

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. 00725/00726 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14488961

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376765

Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSMO SOUSA DA SILVA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: COSMO SOUSA DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000748

Conta: 0000086916-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 PARA PREENCHIMENTO:

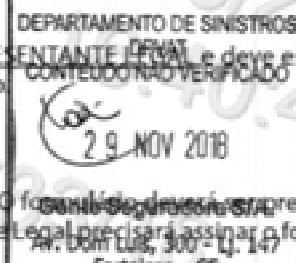
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 entre 16 a 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	Nome completo da vítima
	030.795.343-28	COSMO SOUSA DA SILVA.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
COSMO SOUSA DA SILVA		030.795.343-28	MOTO TAXI
Endereço		Número	Complemento
RU JOSE DE AGRELA RODRIGUES		544	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
TAMARINO	ITAPIPOCA	CE	62500-000
Email		Telefone (DDD)	
MACIELER2016@Gmail.com		88 96282326	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
0948	013	00086916	2
(Informar dígito se existir)		(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.

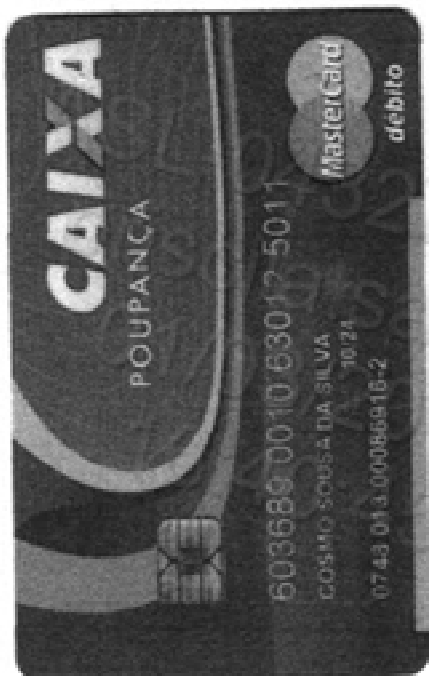
ITAPIPOCA-CE, 19 de NOVEMBRO de 2018.

Local e Data

X Cosmo Sousa da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



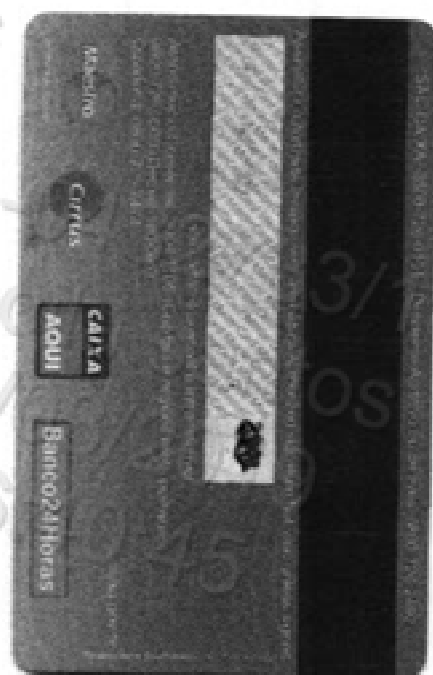
ASL-0432733/18
priscila.santos
01/03/2019
16:40:45

ASL-0432733/18
priscila.santos
01/03/2019
16:40:45

ASL-0432733/18
priscila.santos
01/03/2019
16:40:45

ASL-0432733/18
priscila.santos
01/03/2019
16:40:45

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE



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:	Nome completo da vítima:
	03079534328	Cosmo Sousa da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Cosmo Sousa da Silva	03079534328	
Profissão:	Endereço:	Número:
Mototaxista	May Antonio Rodrigues Teixeira	544
Bairro:	Cidade:	Estado:
Cruzino	Itapipoca	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
segurodpvat.susana@hotmail.com	62500-000	(88) 996518431

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

RENDA MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0448 013	86916 2		
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome:
	CPF:	CPF:
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome:
		CPF:
		Assinatura
		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.



LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 MAIO 2019



LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

12 JUN. 2019

0432733-18
3180563060

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

489328

Impresso nº 2018226112

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 5254 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 14/11/2018 09:36:08
Data / Hora da Ocorrência: 06/10/2018 18:00:00
Endereço da Ocorrência: RODOVIA CE 168
Complemento: LOCALIDADE JARDIM
Bairro: PRÓX. A LOMBADA Município: ITAPIPOCA/CE
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: COSMO SOUSA DA SILVA
Nascimento: 04/08/1985 CPF:
RG: Órgão Emissor:
Filiação: TERESA ALVES DE SOUSA LOPES
FRANCISCO SOUSA DA SILVA SOUSA LOPES
Endereço: RUA JOSE DE AGRELA RODRIGUES, 544 A
Bairro: VIOLETE CEP:
Município: ITAPIPOCA/CE
País: BRASIL Telefone:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPWT-
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 NOV 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Histórico

Informa o noticiante que na data, horário e local supracitados estava pilotando sua motocicleta Honda CG 150 fan de cor vermelha, placa ORN 4902, chassi 9C2KC1670DR451133 de sua propriedade, fazendo o sentido zona rural - sede, quando foi surpreendido por um caminhão que atravessou a via subitamente dando causa ao acidente; Que com o abaloiamento o declarante caiu sofrendo lesões no rosto, pé, além do que quebrou um dente e braço direito; Que populares acionaram o Serviço médico de urgência responsável por encaminhar o declarante ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade; Que o motorista do caminhão não parou para prestar socorro; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CARLOS CLEUDSON BARROSO TABOSA MONTENEGRO - MAT.: 135612-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

COSMO SOUSA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A):

REGISDENI PIMENTEL DE LIMA - MAT.: 30120434

Carlos Cleudson B T Montenegro
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT. 135.612-1-4



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Impresso nº 2018226112



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 5254 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/11/2018 09:36:08**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2018 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 168**
 Complemento: **LOCALIDADE JARDIM**
 Bairro: **PRÓX. A LOMBADA** Município: **ITAPIPOCA/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **COSMO SOUSA DA SILVA**
 Nascimento: **04/08/1985** CPF:
 RG: Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **TERESA ALVES DE SOUSA LOPES**
FRANCISCO SOUSA DA SILVA SOUSA LOPES
 Endereço: **RUA JOSE DE AGRELA RODRIGUES, 544 A**
 Bairro: **VIOLETE** CEP:
 Município: **ITAPIPOCA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o noticiante que na data, horário e local supracitados estava pilotando sua motocicleta Honda CG 150 fan de cor vermelha, placa QRN 4902, chassi 9c2kcl670dr451133 de sua propriedade, fazendo o sentido zona rural - sede, quando foi surpreendido por um caminhão que atravessou a via subitamente dando causa ao acidente; Que com o abaloiamento o declarante caiu sofrendo lesões no rosto, pé, além do que quebrou um dente e braço direito; Que populares acionaram o Serviço Médico de urgência responsável por encaminhar o declarante ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade; Que o motorista do caminhão não parou para prestar socorro; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINA: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CARLOS CLEUDSON BARROSO TABOSA MONTENEGRO - MAT.: 135.612-1-4

Carlos Cleudson B. T. Montenegro
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA
 MAT. 135.612-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Cosmo Sousa da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

REGISDENI PIMENTEL DE LIMA - MAT.: 30140434

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

Sem efeito

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

COSMO SOUSA DA SILVA

CPF da Vítima

030.795.343-78

Data do Acidente

06/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 NOV 2018

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

I TAPIÓCA-CE 19 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

X Cosmo Sousa da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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:	Nome completo da vítima:
	03079534328	Cosmo Sousa da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Cosmo Sousa da Silva	03079534328	
Profissão:	Endereço:	Número:
Mototaxista	May Antonio Rodrigues Teixeira	544
Bairro:	Cidade:	Estado:
Cuzinho	Itapipoca	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
segurodpvat@gmail.com	62500-000	(88) 996518731

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

RENDA MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0448 013 CONTA: 86916 2 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Itapipoca - CE 06/05/19 Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver)	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 13 MAIO 2019 12 JUN. 2019
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(*) 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.

Atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Matrícula 83910
Atendimento 0003
Nome do Paciente COSMO SOUSA DA SILVA
Documento(s) Identidade: 2002014078926
Data do Nascimento 14/08/1985
Local ITAIPÓCA/CE

CNS 164303890150004
Estado Civil Solteiro(a)

Guia de Autorização
Sexo Masculino
Idade 33 Ano(s)

Endereço FRANCISCO LOPES DA SILVA
RUA OSVALDO CRUZ, S/N
Profissão AUX. DE PRODUÇÃO
Responsável TERESA ALVES DE SOUSA

Empresa DILLY

CPF do Responsável

Endereço RUA OSVALDO CRUZ, S/N

Mãe TERESA ALVES DE SOUSA
CEP 62500-000
Município ITAIPÓCA

UF CE
Telefone 85 96617959

Município ITAIPÓCA

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 06/10/2018
Hora 18:48
Convênio SUS
Profissional do Atendimento VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR
Indicador de Acidente Trânsito
Observação

Matrícula

CID

CRM/UF 16999/CE

Tipo Atendimento CONSULTA

Funcionário DAVID HILBERNOR RODRIGUES BARROS

Data/Hora Liberação _____ às _____ hs.

Tipo de Saída
() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg) 125 X 73
Oximetria (%): 100
Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 06/10/2018 19:08

Responsável pela Classificação: DAVID HILBERNOR ROD

Relatório:
Paciente trazido à unidade pelo SAMU, por motivo de acidente motociclístico, com capacete, consciente, orientado, verbalizando, estável, com lesão corto-contusa em MID/MIE e face, com algia torácica e em joelho D, com trauma em MSD, com extração dentária superior, escoriações, nega alergia medicamentosa.

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

06/10/2018 19:59:58h Responsável: VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR CRM-CE 16999

PACIENTE, 33 ANOS, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (SIC) MOTO X CARRO, DE CAPACETE.
PACIENTE NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NAUSEAS E VÔMITOS.

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.

A - VIA AEREA PERVIA. SEM LESÃO CERVICAL APARENTE. NEGA DOR CERVICAL

B - DOR A PALPAÇÃO EM TORAX DIREITO, PORÉM SEM DEPRESSÃO TORÁCICA. EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE. AUSCULTA SEM ALTERAÇÕES.

C - FC: 90; PA: 125/73. ABDOME FLACIDO E INOCENTE. SEM FRATURA APARENTE DE MMII OU PÉLVIS.

D - GLASGOW 15

E - PROVÁVEL FRATURA DE MSD. APRESENTA LESÕES CORTO CONTUSAS EM PE ESQUERDO (SUTURA), FACE (SUTURA), MID (SEM SUTURA) E EXTRAÇÃO DENTÁRIA SUPERIOR COM LESÃO DE MUCOSA JUGAL (SEM SUTURA)

CD:

- 1- SUTURA SIMPLES DE LESÕES
- 2- AGUARDAR PARECER DA TRAUMATOLOGIA
- 3- SOLICITAR RX DE TORAX PARA DESCARTAR FRATURA DE COSTELAS
- 4- ANALGESIA
- 5- ALTA DA CIRURGIA

VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR CRM: 16999

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TERESA ALVES DE SOUSA

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

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: 03/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMO SOUSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00748

CONTA: 000000086916-2

Nr. da Autenticação 917F10A0256567C5

Nº DO CLIENTE

9139586

Para regular seu abastecimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 29 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza, CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

568065332

Rota 20 35000 01 045935 - 2

Data de Emissão 29/03/2019

Nome ERIDAN DE CASTRO LIMA SOUSA

End. Postal TR MAJ ANTONIO RODRIGUES TEIXEIRA 00544 00544 CS A
CRUZEIRO - ITAPIPOCA - 62500000

Medidor 10352387

Posto 0000 E75N

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 188908733-53

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 29/03/2019
Data de Apresentação 29/04/2019
Próxima Lettura 29/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta			Mês			Ano		
Conjunta	17,41	17,41	Mês	19,15	19,15	Ano	19,15	19,15
Padrão de Referência			Apuração Individual					
Padrão	Trím.	Anual	Padrão	Trím.	Anual	Padrão	Trím.	Anual
DIC	5,15	10,30	10,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	2,20	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00				

ICMS Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

100,00 100,00 100,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0004.1148.1000.9004.0100.0000.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
29/03/19	28/02/19	0,00	1,00	1,00	0,00	18,09	18,09
29/03/19	28/02/19	0,00	1,00	1,00	0,00	18,09	18,09

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	18,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,93
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	0,63
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	29,51

VENCIMENTO 05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 53,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Tarifa	18,09
Iluminação	4,93
Distribuição	1,46
Encargos Setoriais	1,25
Tributos (PIS-COFINS)	0,43
TOTAL	26,16

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
74	74	59	60	72	83	83	82	79	77	55	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Consciência Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂) 28,89	Compensado kg (CO ₂) 0,00

IMPORTAÇÃO DE EMISSÕES DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR o débito em DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE 9139586 e DIGITE VERIFICADOR. Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

Consta desta fatura as 12 parcelas de PIS e COFINS, respectivamente PIS 0,014 e COFINS 0,014. Caso cliente, condicione quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com similares vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.037/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

6588768

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdeirino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 572796089

Rota 02 35000 35 058800 - 2 Data de Emissão 06/05/2019

Nome FRANCINEIDE SILVA CRUZ

End. Postal AV DUQ CAXIAS 00953
CENTRO - ITAPIPOCA - 62500000

Medidor 5512243

Poste 0000 0000

Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 771191003-78

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Mês de Referência
06/05/2019
Data de Apresentação
06/05/2019
Previsão Próxima Leitura
06/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto ITAPIPOCA
Mês Mar 2019
EUSO 14,60

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 48,48
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 13,08

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,19	18,38	20,77	0,00	0,00	0,00
RC 3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC 2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6678.7801.D478.CB48.CICD.A788.A401.D750

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 37630	37765	1,00	65	0,00	65	0,74	48,48
06-05-19	03-04-19		30 dias		65		48,48

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,16)

VALOR (R\$)
48,48
10,99

VENCIMENTO

13/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

59,47

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,47
Transmissão	1,46
Distribuição	10,85
Encargos Setoriais	2,46
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	15,24
TOTAL	48,48

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

64	65	51	61	72	56	65	65	57	70	66	71	75
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
25,38	0,00	0,00

Para cancelar sua conta em débito automático utilize

seu número de cliente sem o dígito verificador.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

CONSIDERAR ESTA CONTA QUITADA SE EFETUO O DEBITO EM CONTA CORRENTE - BOO ITAU S.A. AGÊNCIA - 2758.

Consta desta fatura R\$ 2,16 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:0,60%.
Incl. 9 Mar. 103-2000 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.923/03.Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 8,22%, conforme Resolução Homologatória ANEEL 2.530/2019, com vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em 14/05/19.
www.eneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

Nº do Cliente: 6588768 Referência: Mai/2019
Data de Emissão: 06/05/2019 Total a Pagar (R\$): 59,47
Nº da Nota Fiscal: 572796089 Nº do Controle: 0006588768 00051 39552 05

83820000000-2 59470031000-2 00065887680-5 00513955273-2



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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francinilde Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 771191003 / 78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cosmo Sousa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 030795343 / 28, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cosmo Sousa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030795343 / 28, 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>Avenida Duque de Caxias</u>		Número	<u>953</u>	Complemento	-
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Itapipoca</u>	Estado	<u>CE</u>	CEP
Email	<u>Segurodpvatseguro@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(88)996518731</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(88)992129995</u>

Itapipoca 06 de Maio de 2019

Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Francinilde Silva Cruz

Assinatura do Declarante

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

DADOS DO PACIENTE

Nome				Prontuário/Atendimento	
COSMO SOUSA DA SILVA				083910/0006	
Data Nascimento		Local		País Nacionalidade	
4/08/1985		ITAPIPOCA		Brasil	
Sexo		Raça/Cor		Etnia	
Masculino		Branca			
Estado Civil		Religião			
Solteiro(a)		CATÓLICA			
Documento(s)				CNS	
Identidade: 2002014078926				18.4303.890.1500-04	
Endereço		Nº S/N		CEP	
RUA OSVALDO CRUZ		CRUZEIRO		82500-000	
Telefone		Profissão		Empresa	
(85) 9881-7959		AUX. DE PRODUÇÃO		DILLY	
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável	
TERESA ALVES DE SOUSA				(88) 3831-1555	
Responsável		Cônjugos			
OSVALDO CRUZ, S/N					
Mãe		Pai			
TERESA ALVES DE SOUSA		FRANCISCO LOPES DA SILVA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora		Quarto/Leito		Apresento		Clínica		Setor	
18/10/2018 21:50		004-0003		ENFERMARIA		CIRURGICA		POSTO 1	
Convênio		Matrícula		Autorização		Dia		Guia	
IUS						0			
Médico								CRM	
ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR								14339	
Diagnóstico Principal				CID Complementar					
9 Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão				X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais especific					
Intervenção									
Autoria		Procedimento SUS				Sisprontel			
NATALIA REJANE		0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA							
Data Saida		Hora		Condição da Saida				Usuário Saida	
10/10/18		18:19		Alta Melhorado					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

ITAPIPOCA, 6 de outubro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: NATALIA REJANE

Assinatura do responsável

2ando para DPUAT

V. Casimiro Sousa da Silva

paciente vítima de acidente de trânsito, na data de 06/10/2018, conforme

B.O. nº 466 - 5254 / 2018.

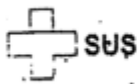
paciente evoluiu com fratura do dente direito (lado distal), tendo sido submetido ao tratamento clínico, com osteoníveis de vidro.

Apresenta artroalgia e limitação e realizar movimentos de rotação, extensão e flexão

05/10/19

Alc. J. J. J. J.

Dr. Anderson C. P. Barros
Médico
CE 16.745



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v7018002

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Osorio Sousa da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8910

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE

164303890450004

8 - DATA DE NASCIMENTO

04.08.85

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - INIA

11 - NOME DA MÃE

Renata Gomes de Paula

12 - TELEFONE DE CONTATO

(85) 9661-1939

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Renata Gomes de Paula

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Ouro Preto, SN

16 - MUNICÍPIO (UF - SIGLA)

Itapipoca

17 - Cód. INGE - MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma com fratura de
cabeça e costela

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de costela

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. Riquet Riquet

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de costela

24 - CII 10 PRINCIPAL

III

25 - CII 10 SECUNDÁRIO

26 - CII 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de costela

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030302CD19

29 - CLÍNICA

Itapipoca

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Elétrico

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Renata Gomes de Paula

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13 MAIO 2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Alexandre Trautwein
CRM: 14.539/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- () ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO HII HII

41 - SÍMBOLO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESMPREGADO () APQSINIA () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LIBIA CORRETORES DE SEC. LTDA.

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

13 MAIO 2019



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital H.M.S.V.P Clínica Trauma Enf. Sala Leito
Paciente Osorio Junior da Silva Matrícula 083910

Diagnóstico Lesão do Rótulo Distal

Moléstias Secundárias

Queixa e Duração Doi + Dor faculdade Local

História da Moléstia Atual CS

Antecedentes Individuais CS

Antecedentes Hereditários CS

Hábitos CS

Interrogatório sobre Aparelho CS

Atendimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.
HMSVP

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐

Data / /

Óbito ☐
Dr. Ant^o Pierre Aguiar Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3391 TEOT: 14.693

Assinatura
LINDA BURETORA DE S&B LTDA.

13 MAIO 2019

Dados Clínicos - Médico

nte

MO SOUSA DA SILVA

de Nascimento

18/1985

Informação

0/2018

sional Responsável

ONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR

ínio

óstico

.8 Fratura de outras partes e de partes não especific X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros

DESCRICAO PROCEDIMENTO CIRURGICO ANESTESIA

rição de Procedimento Cirurgico - Anestesia - 09/10/2018 19:17:54

ansíntese de rádio D

iente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial
apssia e antissepssia
sição decampos estéreis
ão postero-lateral, centrada no foco da fratura
ução da fratura
ossíntese com placa de compressão e parafusos corticais
ira por planos da pele
itivo compressivo

ONSÁVEL: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

ADM:



SÃOCAMILO

Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

Laudo Médico

Declaro que o Sr. **Cosmo Sousa da Silva**, vítima de trauma, que resultou em fratura do rádio D, foi submetido ao tratamento cirúrgico, com osteossíntese de rádio. Evoluiu com bom alinhamento, sem déficit funcional. Paciente refere dor residual em membro superior D.

Atenciosamente,


MARCOS VINÍCIUS FERREIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12420

Itapipoca – CE, 14 de janeiro de 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

ASS.



SÃO CAMILO

Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

Laudo Médico

Declaro que o Sr. **Cosmo Sousa da Silva**, vítima de trauma, que resultou em fratura do rádio D, foi submetido ao tratamento cirúrgico, com osteossíntese de rádio D. Evoluiu com bom alinhamento, sem déficit funcional. Paciente com dor residual em membro superior D durante o exercício de sua atividade laborativa, sendo o mesmo mototaxista.

Atenciosamente,

Adriano de Almeida Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Itapipoca – CE, 01 de abril de 2019



Saúde da Família

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos
fins que Cosmo Sampa da
Silva, encontra-se sob tra-
tamento fisioterapêutico
nesta unidade de saúde.

08/01/2019


Dr. Cicero José R. de Sousa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 6: 126809

Gestão Comunitária 100 2011-2122 - Recife-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

Pidao.
atomo.

O pagamento do Seguro
oprat junto com a incaria
nanto devlviu m pagg
all 11/06/2018 ai foi
pgo 08/11/2018.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins
que o Sr. posmo soure de silva
realizou 10 sessões de Fisioterapia
na Unidade NAST Fazendinha
para tratar lesão em membro
superior direito. Paciente terminou
as sessões que foram solicitadas

Itapipoca, 31 janeiro 2019

Karen Barroso
Dra. Karen Barroso
CREFITO: 118.127-F

Gráfica Comercial (08) 3637-2185 - Apoiada-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

Recebido em data dia 06 de fevereiro 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
COSMO SOUSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / C.R.E. / R.C. / R.F.
2002014078926 SSP/CE

CPF
030.795.343-28

DATA NASCIMENTO
04/08/1985

PLACAO
FRANCISCO LOPES DA
SILVA
TERESA ALVES DE SOUSA

SEXO
M

1ª EMISSÃO
06/02/2010

VALIDADE
08/12/2018

1ª REEMISSÃO
21/03/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
11/06/2015

64341950145
CE147973226

1151183469

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

12 JUN. 2019

13 MAIO 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

1551416278

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1551416278

FRANCINEIDE SILVA CRUZ

CPF 527990280

DOC. IDENTIFIC. / OUT. JUNTO AO IPR SEP

CH 771.191.003-78

DATA NASCIMENTO 04/08/1975

NACIONALIDADE BRASILEIRA

SEBASTIAO RODRIGUES DA CRUZ

MARIA DAS NEVES SILVA CRUZ

REINSCRICAO []

ACE []

CAT. AN []

CPF 527990280

DATA 08/12/2016

COMISSÃO

REAR

LOCAL ITAPAJI POCA, CE

DATA 19/12/2017

ASSINATURA [assinatura]

ASSINATURA [assinatura]

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014138933294
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA 01 526661666 RUTRG 0000000000 EXERCÍCIO 2018

COSMO SOUSA DA SILVA
ITAPIPOCA/CE

CPF/CNPJ 03079534328 PLACA ORN4902

PLACA ANT/UF 9C2KC1670DR451133 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/HNO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG 150 FAN ESI

28/OCV/149CC

CATEGORIA ALUGUEL

PREMIO TARIFÁRIO 180.65

DATA DE VENCIMENTO 27/04/2018

ITAPIPOCA

DATA 08/11/2018

DETRAN

DETRAN

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

CE Nº 014138933294 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

03079534328 ORN4902
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralida.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

14114963036

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 08/11/2018

MA 01 03079534328 PLACA ORN4902

RENAVAM 526661666 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 1ª CHASSI 9C2KC1670DR451133

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) 81.29

DETRAN (R\$) 9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

KF (R\$) 9.70

VALOR BILHETE (R\$) 185.50

PAGAMENTO

DATA DE CANCELAMENTO 27/04/2018

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

LOTE/DOC: 924101/23

MOTOR: KC16E7D451133

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376765 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame físico: CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR GRAU IV, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM 01/06/19.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/06/2019

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376765 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame físico: CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR GRAU IV, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM 01/06/19.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376765 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.5)-OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@(1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376765 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.5)-OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P(1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Sousa da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Motorista, residente e domiciliado à Rua José de Aguiar R., nº 544, bairro Tamarindo, Município de Itapipoca, Estado de(o) Ceará, Cep: 62500-000, portador(a) do Rg nº 2002014078936 SSP/CE e CPF nº 03079534328

Outorgado: Francineide Silva Cruz, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Empresária, residente e domiciliado(a) à Rua Av Duque de Caxias, nº 953, bairro Centro, Município de Itapipoca, Estado de (o) Ceará, Cep: 62500-000, portador (a) do RG nº 307990280 SSP/CE e CPF nº 77119100378

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, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Sousa da Silva, ocorrido em 06/10/18, na data do acidente de trânsito e cobertura de Invalidez, 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.**

Itapipoca - CE, 03 de Maio de 2019.

* Carlos Sousa da Silva
Outorgante
CPF Nº 03079534328

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199590/19

Vítima: COSMO SOUSA DA SILVA

CPF: 030.795.343-28

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 06/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO SOUSA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCINEIDE SILVA CRUZ : 771.191.003-78

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

COSMO SOUSA DA SILVA : 030.795.343-28

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: 12/06/2019
Nome: FRANCINEIDE SILVA CRUZ
CPF: 771.191.003-78

FRANCINEIDE SILVA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

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: **3190376765**

Nome do(a) Examinado(a): **COSMO SOUSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

TR MAJ ANTONIO RODRIGUES TEIXEIRA, 544 - CRUZEIRO - Itapipoca - CE - CEP 62500-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2002014078926**

Data e local do acidente: [**06/10/2018**] **ITAPIPOCA - CE**

Data e local do exame: [**26/06/2019**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR GRAU IV, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM 01/06/19.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro superior direito

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):

Membro superior direito

% do dano: (X) 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.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE