



08/07/2020

Número: **0011463-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO JOAQUIM CAETANO (AUTOR)		CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64371845	08/07/2020 15:54	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JOAQUIM CAETANO**  
Nº Sinistro: **3180339759**  
Vítima: **CICERO JOAQUIM CAETANO**  
Data do Acidente: **16/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180339759**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando  
página

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00125/00126 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13143090



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Nº Sinistro: **3180339759**

Vítima: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Data do Acidente: **16/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339759**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13144356

Pag. 01283/01284 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Nº Sinistro: **3180339759**  
Vítima: **CICERO JOAQUIM CAETANO**  
Data do Acidente: **16/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339759**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01925/01926 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13417442



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

**Beneficiário entre 16 e 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

585.483.514-20

Nome completo da vítima

RICERO JOAQUIM RAETANO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo RICERO JOAQUIM RAETANO		CPF titular da conta 585.483.514-20	Profissão PORTEIRO
Endereço RUA JOSÉ RIBEIRO ALVES		Número 27	Complemento
Bairro Viz. São das Graças	Cidade GRAVATA	Estado PE	CEP 55641-774
Email ELECIO322@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 81 33291-8785

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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

0343

34436

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(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.

GRAVATA/PE, 21 de maio de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS  
24 JUL 2018

*[Assinatura]*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152001765**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2018** às **16:04**

Complementa o BÔ Número: **18E0152001760**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **16/3/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, VIA LOCAL - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
CÍCERO JOAQUIM CAETANO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOAQUIM CAETANO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**CÍCERO JOAQUIM CAETANO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL JOAQUIM CAETANO** Data de Nascimento: **5/12/1961** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 27, COABH 1, RUA JOSE RIBEIRO ALVES NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGA7227** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

ARUANA SEGUROS  
24 JUL 2018

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)

26/04/2018 15:49



Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

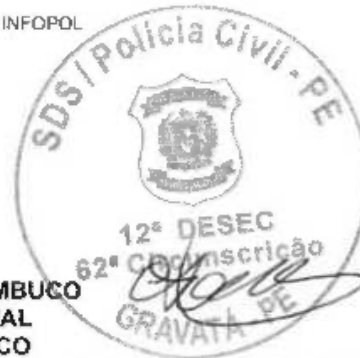
O SENHOR CÍCERO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DESTA MUNICÍPIO, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO QUE TRANSITAVA PELA BR232, ADENTROU A VIA LOCAL SEM SINALIZAR E BATEU NA VITIMA, VINDO ELE A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, ONDE OBTVEU O DEVIDO ATENDIMENTO MÉDICO. TENDO SOFRIDO TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO (CID 5526).

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

  
**CÍCERO JOAQUIM CAETANO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152001760**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2018** às **14:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0152001765**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **16/3/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, VIA LOCAL -**  
Bairro: **CENTRO - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
CÍCERO JOAQUIM CAETANO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOAQUIM CAETANO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**CÍCERO JOAQUIM CAETANO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MANOEL JOAQUIM CAETANO Data de Nascimento: 5/12/1961 Naturalidade: GRAVATÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 27, COABH 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGA7227 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ARUANA SEGUROS  
24 JUL 2018

Andreson O. de S. Lins  
Agente de Polícia

0.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=152&idOc=7077467&nroBO=18E0152001760&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20DE%20T



11/07/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

O SENHOR CÍCERO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DESTE MUNICÍPIO, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO QUE TRANSITAVA PELA BR232, ADENTROU A VIA LOCAL SEM SINALIZAR E BATEU NA VITIMA, VINDO ELE A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, ONDE OBTVEU O DEVIDO ATENDIMENTO MÉDICO. TENDO SOFRIDO TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO (CID 5526).

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**CÍCERO JOAQUIM CAETANO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**



  
Anderson O. de S. Lins  
Agente de Polícia  
RG 221.430-3

ARUANA SEGUROS  
24 JUL 2018





# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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

CICERO JOAQUIM EARTANO

CPF da Vítima

585.433.514-20

Data do Acidente

16/03/2018

## 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.

GRAVATA 13 de JULHO de 2018

Local e Data

*Cicero Joaquim Eartano*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

DAL3.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:

PACIENTE: RICARDO JOAQUIM CAETANO

GENITORA: IRENE M. DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/61 IDADE: 58

ENDEREÇO: R. JOSÉ RIBEIRO ALVES

BAIRRO: P. DA CONCEIÇÃO CIDADE: GTA

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 10/03/18

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 12:25

CNS:

TELEFONE:

SEXO: M

COR: P

Nº:

UF:

CEP:

ACOMPANHANTE: FILHO/DANIEL - SAU

HDA

EXAME FÍSICO

ARUANA SEGUROS

13 SET 2010

SETOR DE ARQUIVO  
SAME DO H.M.D.P.V.P.

25/04/13

EXAMES SOLICITADOS

HD

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Lazaro Luis Souza  
Médico  
CRM-PE 25266

CID

Rua Leopoldo Couto Major, S/N, Nsrª das Graças - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0422



**PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**SINAIS VITAIS**

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.	/		

1. 7 dias. 100g + 10g 5/7/20  
 2. 4 dias. 100g. 5/7/20  
 3. 2 dias. 100g. 5/7/20  
 4. 1 dia. 100g. 5/7/20  
 5. 1 dia. 100g. 5/7/20  
 6. 1 dia. 100g. 5/7/20  
 7. 1 dia. 100g. 5/7/20  
 8. 1 dia. 100g. 5/7/20  
 9. 1 dia. 100g. 5/7/20  
 10. 1 dia. 100g. 5/7/20

Dr. Lazaro Luis Souza  
Médico  
CRM-PE 25286

Dr. Lazaro Luis Souza  
Médico  
CRM-PE 25286

Dr. Lazaro Luis Souza  
Médico  
CRM-PE 25286

**ALTA**

HORA:  DATA:

CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐  
 TRANSFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS  
13 SET 2018

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





PREFEITURA DE  
**GRAVATÁ**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Gravatá, 12 de abril de 2018.

### **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **CÍCERO JOAQUIM CAETANO** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 16 de março de 2018, às 11h56min, vítima de trauma por acidente motociclístico, sito à BR 232, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

COQUELINE AUGUSTA

Coordenadora Geral

CPF: 031.711.711

Jacqueline Augusta do N. Oliveira  
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

**ARUANA SEGUROS**

**13 SET 2018**

Endereço: Rua XV de Novembro, 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá -PI;

CEP: 55.642-550 Fone/Fax: (81) 3563-9024/9025.

CNPJ: 10.710.822/0001-10

[saude@prefeituradegravata.pe.gov.br](mailto:saude@prefeituradegravata.pe.gov.br)

[www.prefeituradegravata.pe.gov.br](http://www.prefeituradegravata.pe.gov.br)





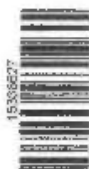
# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PLS DATA DE POSTAGEM: 15/06/2018

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO  
DO PRADO 85  
PRADO  
55642-150 GRAVATA PE



7211307021090544800873842830150318

ARUANA SEGUROS  
24 JUL 2018





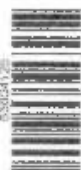
A vida pede mais que um banco



C/C: REC'D E PE PL 5

DATA DE POSTAGEM: 17/06/2018

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO  
DO PRADO 85  
PRADO  
55842-150 GRAVATA PE



72130701105242482124854530173815

**ARUANA SEGUROS**

14 SET 2018

001 - M86FPO4B

PARA USO DOS CORREIOS

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-Mudou-se               | <input type="checkbox"/> 05-Diagonizado   | <input type="checkbox"/> 10-Objeto Danificado               |
| <input type="checkbox"/> 02-Endereço Insuficiente  | <input type="checkbox"/> 06-Recusado      | <input type="checkbox"/> 11-End. Desconhecido na Localidade |
| <input type="checkbox"/> 03-Não Existe Nº Indicado | <input type="checkbox"/> 07-Ausente       | <input type="checkbox"/> 12-Faixa Complementar (Cofre/GU)   |
| <input type="checkbox"/> 04-Falecido               | <input type="checkbox"/> 08-Não Procurado | <input type="checkbox"/> 13-Caixa Postal Cancelada          |

Reintegrado ao Serviço Público em

### História do Folclore

Wang, Z. & Li, J. 2002

REMETENTE

CAIXA ECONOMICA FEDERAL - SIAPY  
DEVOLUÇÃO ELETRONICA CEDO  
555 QUADRA 4  
4 CEPVA ASA  
70878-140 BRASILIA

ASA SUL  
BRASILIA

004310

DE



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29634>

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EARLOS ELECIO DE SOUSA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.693.994/92 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELCINO JOAQUIM CABRANO inscrito (a) no CPF sob o Nº 525.483.514/20 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELCINO JOAQUIM CABRANO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 525.483.514/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 1.700,00 e apresento os documentos comprobatórios: DAB/PE

☐ Recusa 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 DO PRADO</u>		Número <u>85</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-150</u>
Email <u>ELECIO322@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(21) 99291-8785</u>

GRAVATA, 13 de JULHO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**ARJANA SEGUROS**  
24 JUL 2018

DLDR.001 V001/2017



**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/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 CARLOS ELCIO DE SOUSA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.633.334-792 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CICERO JOAQUIM CASTANO inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514-720 do sinistro de DPVAT cobertura INURZIDOR da Vítima CICERO JOAQUIM CASTANO inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514-720, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

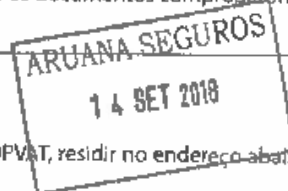
☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

OAB e DECLARAÇÃO IR.

☐ 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 DO PRADO</u>		Número <u>25</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATA</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>95642-150</u>
Email <u>CLC10322@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>3193231-3785</u>

GRAVATA, 23 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 087.893.894-92	Nome do declarante CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO		Telefone
Endereço RUA DO PRADO		Número 85	Complemento
Bairro/Distrito PRADO	CEP 55642-150	Município GRAVATA	UF PE
TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS			(Valores em Reais) 24.000,00
IMPOSTO DEVIDO			0,00
IMPOSTO A RESTITUIR			0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR			0,00
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE			0,00

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 28/08/2018 às 11:24:40  
1803873593

ARUANA SEGUROS  
14 SET 2018

1803873593

Página 1 de 2







Prefeitura de  
**Gravatá**  
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Acervo Piquini Etanol  
Leando unidos  
Ponte portadora de pontua  
PUNTO Etanol cid 5.52.6  
por acidente de trânsito.  
Realizado Tratamento Conferência  
e os Apoiado faveis  
Ata unidos

Sugestões, Reclamações, Elogios  
Rua Izaltino Perry, 33 - Prado - Gravata - PE  
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

25/04/18

Dr. Alexandre Barros  
Ouro Preto - Minas Gerais  
CNPJ: 074.185.124/0001-00

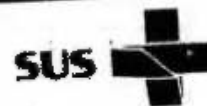
ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:

PACIENTE: RICARDO JOAQUIM CRISTIANO

GENITORA: IRENE M. DA CONCEICAO

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/64 IDADE: 6

ENDEREÇO: R. JOSÉ RIBEIRO ALVES

BAIRRO: CIDADE: GRAVATÁ

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 26/03/18

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 12:25

CNS:

TELEFONE:

SEXO: M

COR: P

Nº:

UF:

CEP:

ACOMPANHANTE: FILHO/DANIEL - SAU

HDA

RET. vit. 1  
viro 1  
1.1 (2) 1

DE 06/3/18  
ER. W. com non

12/03/18  
15:00 +

EXAME FÍSICO

ECG

SETOR DE ARQUIVO  
SAME DO H.M.D.P.V.P.

26/03/18

EXAMES SOLICITADOS

1) Solicitar Rx de braço e antebraço, mão e  
2) Tíbia e fíbula. (6)

HD

0 poliartrite

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Lázaro Luis Souza  
Médico  
CRM-PE 21266

CID

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0422



**PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMEIRAGEM**

**SINAIS VITAIS**

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

1) Anam. 100 g + 100 g 5/7/91  
 + 4 m O.K.A. Rv;  
 2) V. Anam. 01 m 5/7/91  
 3) S. Anam. 1 g + 100 g Rv  
 4) A. Anam. 100 g Rv  
 5) R. Anam. 100 g Rv  
 6) A. Anam. 100 g Rv  
 7) S. Anam. 100 g Rv  
 8) A. Anam. 100 g Rv  
 9) S. Anam. 100 g Rv  
 10) A. Anam. 100 g Rv  
 11) S. Anam. 100 g Rv  
 12) A. Anam. 100 g Rv  
 13) S. Anam. 100 g Rv  
 14) A. Anam. 100 g Rv  
 15) S. Anam. 100 g Rv  
 16) A. Anam. 100 g Rv  
 17) S. Anam. 100 g Rv  
 18) A. Anam. 100 g Rv  
 19) S. Anam. 100 g Rv  
 20) A. Anam. 100 g Rv  
 21) S. Anam. 100 g Rv  
 22) A. Anam. 100 g Rv  
 23) S. Anam. 100 g Rv  
 24) A. Anam. 100 g Rv  
 25) S. Anam. 100 g Rv  
 26) A. Anam. 100 g Rv  
 27) S. Anam. 100 g Rv  
 28) A. Anam. 100 g Rv  
 29) S. Anam. 100 g Rv  
 30) A. Anam. 100 g Rv  
 31) S. Anam. 100 g Rv  
 32) A. Anam. 100 g Rv  
 33) S. Anam. 100 g Rv  
 34) A. Anam. 100 g Rv  
 35) S. Anam. 100 g Rv  
 36) A. Anam. 100 g Rv  
 37) S. Anam. 100 g Rv  
 38) A. Anam. 100 g Rv  
 39) S. Anam. 100 g Rv  
 40) A. Anam. 100 g Rv  
 41) S. Anam. 100 g Rv  
 42) A. Anam. 100 g Rv  
 43) S. Anam. 100 g Rv  
 44) A. Anam. 100 g Rv  
 45) S. Anam. 100 g Rv  
 46) A. Anam. 100 g Rv  
 47) S. Anam. 100 g Rv  
 48) A. Anam. 100 g Rv  
 49) S. Anam. 100 g Rv  
 50) A. Anam. 100 g Rv  
 51) S. Anam. 100 g Rv  
 52) A. Anam. 100 g Rv  
 53) S. Anam. 100 g Rv  
 54) A. Anam. 100 g Rv  
 55) S. Anam. 100 g Rv  
 56) A. Anam. 100 g Rv  
 57) S. Anam. 100 g Rv  
 58) A. Anam. 100 g Rv  
 59) S. Anam. 100 g Rv  
 60) A. Anam. 100 g Rv  
 61) S. Anam. 100 g Rv  
 62) A. Anam. 100 g Rv  
 63) S. Anam. 100 g Rv  
 64) A. Anam. 100 g Rv  
 65) S. Anam. 100 g Rv  
 66) A. Anam. 100 g Rv  
 67) S. Anam. 100 g Rv  
 68) A. Anam. 100 g Rv  
 69) S. Anam. 100 g Rv  
 70) A. Anam. 100 g Rv  
 71) S. Anam. 100 g Rv  
 72) A. Anam. 100 g Rv  
 73) S. Anam. 100 g Rv  
 74) A. Anam. 100 g Rv  
 75) S. Anam. 100 g Rv  
 76) A. Anam. 100 g Rv  
 77) S. Anam. 100 g Rv  
 78) A. Anam. 100 g Rv  
 79) S. Anam. 100 g Rv  
 80) A. Anam. 100 g Rv  
 81) S. Anam. 100 g Rv  
 82) A. Anam. 100 g Rv  
 83) S. Anam. 100 g Rv  
 84) A. Anam. 100 g Rv  
 85) S. Anam. 100 g Rv  
 86) A. Anam. 100 g Rv  
 87) S. Anam. 100 g Rv  
 88) A. Anam. 100 g Rv  
 89) S. Anam. 100 g Rv  
 90) A. Anam. 100 g Rv  
 91) S. Anam. 100 g Rv  
 92) A. Anam. 100 g Rv  
 93) S. Anam. 100 g Rv  
 94) A. Anam. 100 g Rv  
 95) S. Anam. 100 g Rv  
 96) A. Anam. 100 g Rv  
 97) S. Anam. 100 g Rv  
 98) A. Anam. 100 g Rv  
 99) S. Anam. 100 g Rv  
 100) A. Anam. 100 g Rv

Dr. Lazaro Luis Souza  
 Médico  
 CRM-PE 25266

Dr. Lazaro Luis Souza  
 Médico  
 CRM-PE 25266

Dr. Lazaro Luis Souza  
 Médico  
 CRM-PE 25266

**ALTA**

HORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423

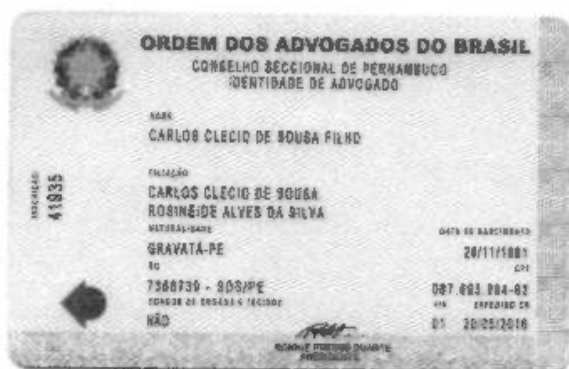






ARUANA SEGUN  
24 JUL 2016



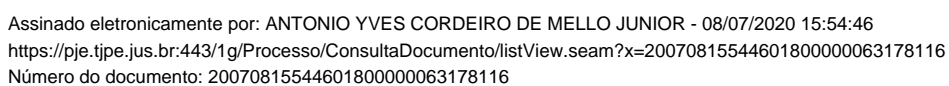


PRIMA SEGUROS  
24 JUL 2018





14 SET 2018



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA CICERO JOAQUIM CASTANO  
 DATA DO ACIDENTE 16/03/2018 CPF DA VÍTIMA 525.483.514-20  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO PILADO, N° 25  
 Nº 85 COMPLEMENTO CASA BAIRRO YRAPÓ  
 CIDADE GRAVATA UF PE CEP 55642-150  
 E-MAIL CLECIO322@GMAIL.COM TELEFONE (31) 99291-8785  
9.3937-7348

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
 - O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE 525.483.514/16  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME ARUANA SEGUROS  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



**REMETENTE:**

**CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO**

Rua do Prado, N° 85, Prado, Gravatá/PE.

CEP: 55642-150

RUANA SEGUROS  
24 JUL 2020

ESTRUTURA DO CARIMBO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180339759 **Cidade:** Gravata **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO JOAQUIM CAETANO **Data do acidente:** 16/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Talita Fonseca Medeiros*





## INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO

**OUTORGANTE:** CICERO JOAQUIM CAETANO

Est. Civil: CASADO Prof.: PORTEIRO RG nº: 2.701.211 SDS/PE

CPF nº 585.483.514-20 Endereço: RUA JOSÉ RIBEIRO  
ALVES, Nº 27, COABH OL, GRAVATA/PE.

**OUTORGADO:** O Bel. **CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE nº 41.935D, com escritório nesta cidade e comarca, na Rua do Prado, 85, Prado, CEP 55642-150, Gravata/PE, com o endereço eletrônico [clecio322@gmail.com](mailto:clecio322@gmail.com).

**PODERES:** Conferindo-lhes os poderes da cláusula *Ad juditia e Et extra* para o foro em geral, bem como os especiais para acordar, desistir, transigir, dar quitação, levantar alvarás, podendo perante qualquer órgão público, especialmente no SAMU e em qualquer HOPISTAL; requerer, alegar e assinar o que for preciso; juntar e retirar documentos; apresentar e assinar quaisquer guias; requerer certidões, informações e demais autorizações; acompanhar e dar andamento a processos, pedir vistas, cumprir exigências; e tudo mais fazer no patrocínio do interesse do outorgante em juízo ou fora dele, inclusive "ad-negocia" e os mais necessários perante qualquer Instância, Foro ou Tribunal, em Juízo ou fora dele, podendo firmar termos de compromisso, acordar, discordar, transigir, recorrer, desistir, declarar insuficiência financeira, propor várias ações e recursos.

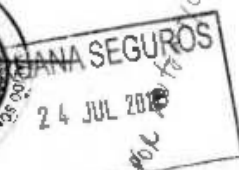
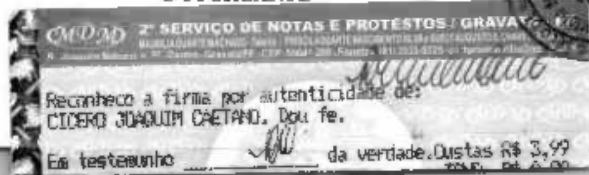
**DPVAT:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para o Outorgante.

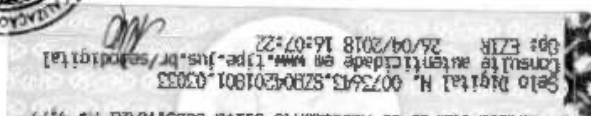
Gravatá, 26 de abril de 2018 .



*Cicero Joaquim Caetano*

OUTORGANTE







## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269928/18

Número do Sinistro: 3180339759

Vítima: CICERO JOAQUIM CAETANO

CPF: 585.483.514-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/03/2018

Titular do CPF: CICERO JOAQUIM CAETANO

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO : 087.693.994-92**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

### 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: 14/09/2018  
Nome: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO  
CPF: 087.693.994-92

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

