

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180470689**

Vitima: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

Data do Acidente: **25/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470689**.

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 13484188



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Sinistro: 3180470689  
Vítima: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES  
Data do Acidente: 25/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180470689** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](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**



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 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 <b>048.145.733-08</b>	Nome completo da vítima <b>LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES</b>
---------------------------	--	--

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

Nome completo <b>LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES</b>		CPF titular da conta <b>048.145.733-08</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>RUA JOSE ELIDMAR DAMASCENO</b>		Número <b>SIN</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>IBIAPINA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>62.360-000</b>
E-mail			Telefone (DDD) <b>(88) 9.9626-2211</b>

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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>		BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRD <b>3845</b>	DIV <b>3</b>	AGÊNCIA NRD _____	DIV _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA NRD <b>13593</b>	DIV <b>8</b>	CONTA NRD _____	DIV _____
(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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CENTRO DE ATENDIMENTO

**IBIAPINA 18 de JULHO de 2018**

Local e Data

**05 OUT 2018**

**Leandro dos Santos Rodrigues**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 418 / 2018

UASL-0367431/18

**Dados da Ocorrência**

6180670689

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **30/05/2018 11:13:23**  
Data / Hora da Ocorrência: **25/04/2018 07:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TAUÁ**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IBIAPINA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados do(s) Vítima(s)**

Nome: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**  
Nascimento: **04/11/1989** CPF: **048.145.733-08**  
RG: **20070862995** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **EVA DOS SANTOS RODRIGUES**  
**ANTONIO DE ARAUJO RODRIGUES**  
Endereço: **RUA JOSE LEOMAR DAMASCENO**  
Bairro: **PEDRINHAS**  
Município: **IBIAPINA/CE** CEP: **62.340-000**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HVU7264** UF: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:  
**9C2MC2700YR014418** Renavam: **735510814** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CSX 200 STRADA** Ano  
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**ROXA** Proprietário: **ANTONIO EDMILSON CASTRO DE AZEVEDO**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COMUNICOU QUE NO LOCAL E DATA ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVAS NO VEICULO ACIMA DESCRITO, ESTAVA INDUO AO SEU LOCAL DE TRABALHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO CAIU DENTRO DE UM BURACO NA VIA, TENDO CAÍDO, QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIAPINA, SIDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TIANGUA, QUE POR CONTA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO QUEBROU A CLAVICULA DIREITA E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MAURO CESAR BARROSO BRAGA - MAT.: 163368-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Leandro dos Santos Rodrigues*

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL BILIANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4



DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

05 OUT 2018

Pág. 1 de 1

Impressão em: 30/05/2018 11:10:15

Ponto Seguradora S/A  
R. Tom Lins, 300 - Lapa 1471  
Alameda Fortaleza / Ce.

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: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES CPF da Vítima: 048.145.733-08 Data do Acidente: 25.04.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 realizou 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 e apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em não submeter à perícia médica às custas da seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 2º 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.

IBIRACIA 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Leandro dos Santos Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

Seguradora 3/  
Unidade 300 - Loja 14  
Rua - Fone: 0800 0221204

Hospital Maria Wanderlene Nogueira de Queiroz

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**ACIDENTE DE TRÂNSITO**

SUS

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Nome: Leonardo dos Santos Rodrigues

Idade: 28ª Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Padre Raimundo

Município: Ibiapina

Filiação: Antônio de Araújo Rodrigues e Eva dos Santos Rodrigues

Identidade: 2.007.086.299-5 CPF: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: Tempo = \_\_\_\_\_ C PA= 120 x 80 mmHg

Pulso= \_\_\_\_\_ bpm Respiração = \_\_\_\_\_ mrpm Peso= \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Data: 25/04/18

Assinatura do Responsável pelo preenchimento

Hora: 07:58

**ATENDIMENTO**

Diagnóstico: fratura completa de clavícula

CD primário: \_\_\_\_\_ CID Secundário: \_\_\_\_\_

Acidente de Trânsito (especificar o Veículo): Motocicleta

Procedimento / Conduta Realizada (a):

Analgesia + Imobilização provisória + encaminhamento ao ortopedista

Condição de Alta: ( ) Curado ( ) Transferência ( ) Melhorado ( ) A pedido ( ) Óbito ( ) Evasão

Ass. E Carimbo do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Ass. do Responsável / ou Paciente: Genivalda Lima de Carvalho

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTABILIDADE MÉDICA

05 OUT 2018

Santa Seguradora S.A.  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 1  
A. de A. - Fortaleza - CE

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

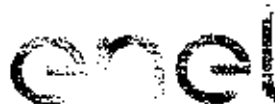
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03845

CONTA: 000000013593-8

---

Nr. da Autenticação 461C726B758664B2



Esta é a segunda via de

**AGO/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DE FONTE**  
**8525011** **2**

**VERIFICAMENTO**  
**10/09/2018**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**67,58**

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B; Série B-1 | Nº **538737102**

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 06.105.848-3

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

**DADOS DE ENTREGA**

Rota 16 031050 01 029400

Medidor

Posto

Nome MICHAEL PINTO DA SILVA

3077645

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade RU JOSE ELIOMAR DAMASCENO 00000 CENTRO IBIAPINA

Consumidora 62360000

RG / CPF / CNPJ 604.074.783-88

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual = Leitura Anterior + Consumo = Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 15453 15390 1 63 0 63

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Quantidade Tarifa = Valor (R\$)

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/  
Apresentação

Próx. Próxima  
Leitura

24/08/2018

24/09/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

PC93.3F63.7D44.1933.BDC7.348F.7E1F.3419

**IMPOSTOS**

Base do Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
48,68 27% 13,14

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

**OUTROS PAGAMENTOS**

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

0,28

JUROS DO MES

0,63

JUROS DO MES

1,28

MULTA MORATORIA

1,37

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

1,42

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

13,92

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,47)

**DE QUANTIDADE DO FORNECIMENTO**

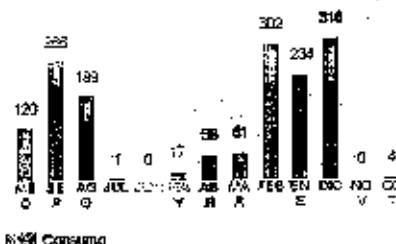
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 16,28

Consumo IBIAPINA

Mês JUN/ 2018

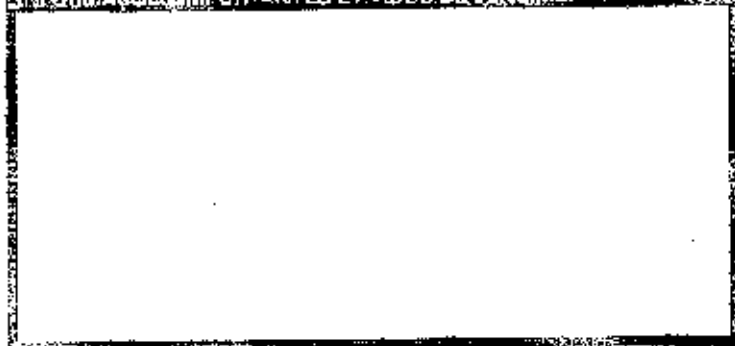
	Padrão Individual			Ajuste Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DJC (W)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,26	0,00
FG (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 24 meses)



Consumo

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AOS DESENVOLVIMENTO**



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

**8525011-2**

Nº da Nota Fiscal: **538737102**

Total a Pagar (R\$): **67,58**

Data de Emissão:

**10/09/2018**

Referência: **AGO/2018**

Nº de Controle: **0008525011 000134318210-4**

83840000000-6 67580031000-4 00085250110-2 00134318210-4



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO RECORRIDO

**05 OUT 2018**

Cartão Registrado nº 113  
Av. Dom Luís, 300 - 1º andar  
Aracaju - Sergipe - 49010-000



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

NOME: **FABIANA MENEZES DE ABEVEDO**  
 RG: **3005028073284** **CE**  
 CPF: **046.013.703-45** **09/01/1991**  
 Pai: **ANTONIO DONATO DE ABEVEDO**  
 Mãe: **IGORIA FERNANDES MENEZES DE ABEVEDO**  
 RACIA: **BRANCA** **CE**  
 SEXO: **F**  
 DATA DE EMISSAO: **04/09/2015** **01/02/2010**  
 VENCIMENTO: **04/09/2015** **01/02/2010**  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1277333760

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1277333760

LOCAL: **FORTALEZA, CE**  
 DATA DE EMISSAO: **19/04/2016**  
 ASSINATURA: *[Assinatura]*  
 44662406443  
 CE152979433  
**DETRAN - CE (CERRA)**  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
**05 OUT 2018**  
 Sinto Seguradora S/A  
 Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
 Aldeia - Fortaleza / CE

**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 **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=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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.013.703 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.145.733 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.145.733 / 08 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.

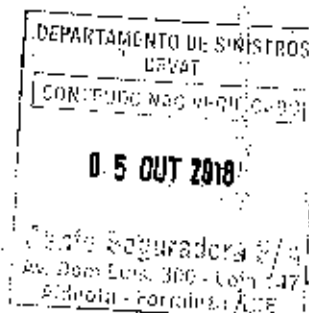
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA PROFESSOR SILA RIBEIRO</b>		Número <b>420</b>	Complemento <b>AP 1002</b>
Bairro <b>PARICU</b>	Cidade <b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>60.175-135</b>
Email <b>RECUSO</b>	Telefone comercial (DDD) <b>RECUSO</b>	Telefone celular (DDD) <b>RECUSO</b>	

FORTALEZA, 20 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Fabiana Negreiros de Azevedo  
Assinatura do Declarante



Hospital Maria Wanderlene Negreiro de Queiroz

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**ACIDENTE DE TRÂNSITO**

SUS

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Nome: Leonardo dos Santos Rodrigues

Idade: 28<sup>ª</sup> Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Richebros

Município: Ibiapina

Filiação: Antonio de Araújo Rodrigues Rua dos Santos Rodrigues

Identidade: 2.004.786.299-5 CPF: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: Tempo = \_\_\_\_\_ C PA= 120 x 80 mmHg

Pulso= \_\_\_\_\_ bpm Respiração= \_\_\_\_\_ mrpm Peso= \_\_\_\_\_

  
Assinatura do Responsável pelo preenchimento

Data: 25/04/18

Hora: 01:58

**ATENDIMENTO**

Diagnóstico: fratura completa de clavícula

CD primário: \_\_\_\_\_ CID Secundário: \_\_\_\_\_

Acidente de Trânsito (especificar o Veículo): Motocicleta

Procedimento / Conduta Realizada (a):  
Analgesia + Imobilização Temporária  
Encaminhamento p/ ortopedista

Condição de Alta: ( ) Curado (x) Transferência ( ) Melhorado ( ) A pedido ( ) Óbito ( ) Evasão

Ass. E Carimbo do Médico Responsável:

Ass. do Responsável / ou Paciente: Germana Lima de Carvalho

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPV41

CONSEUDO 2008/01/01/01/01

05 OUT 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 1  
Alfama - Fortaleza - CE

BIAPINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA WANDERLENE NEGREIROS DE QUEIROZ



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: LUOTIANO DOM SONTOS RODRIGUES

Sexo: M Data de Nascimento: 04/11/89 Idade: 28 Anos

Município de Origem: Biapina ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua dos Santos Rodrigues

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: Barro Preto

CEP: 16369-380 UF: GO + 500003

Data de Admissão: 20/04/25 Hora: 04:58 Zangarim: 90

SINAIS VITAIS

Peso: 54 kg Temperatura: 36 °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg

FR: \_\_\_\_\_ bpm FC: \_\_\_\_\_ bpm O2: \_\_\_\_\_ %

Classificação da lesão:

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

Classificação de Risco:

- ☐ GRAU I - EMERGÊNCIA (VERDE) - Paciente de risco, mas sem risco iminente.
- ☐ GRAU II - RISCO (AMARELO) - Necessidade de atendimento rápido, mas podem aguardar.
- ☐ GRAU III - RISCO ALTO (VERMELHO) - Paciente que requer atendimento imediato para evitar sequelas de saúde.
- ☐ GRAU IV - RISCO MUITO ALTO (VIOLETO) - Paciente que requer atendimento imediato para evitar sequelas de saúde.

Assinatura do Profissional:

Enfermeira  
COREN: 51957

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5500, 11º andar - Centro - Itapetininga - SP CEP: 13.132-000 Fone: (16) 3333.1133

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVA

CONTENDO MAPA DE SINISTROS

05 OUT 2018

Gerente Seguros: \_\_\_\_\_  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 107  
Aldoberto - Fortaleza - CE

# ATENDIMENTO MEDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA/EXAME FÍSICO

HISTÓRICO DIAGNÓSTICO

*Cravura*  
*fratura de clavícula "D"*

PROCEDIMENTO E CONDIÇÃO

*Uptagen - Long, 74*  
*clav. unguinal - Long, 74*

*Dr. Damião*  
*CRM-MG 1884*  
*CPF 007.380.152-1*  
MÉDICO  
Assinatura e carimbo

OPÇÃO POR NÃO REALIZAR EXERCÍCIOS DE MELHORIA PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/Responsável

DESTINO

( ) Alta ( ) Observação  
( ) Transferência ( ) Hospital de origem ( ) Outro

*Ygoraingo Lameira de Carvalho*  
Assinatura do Usuário/Responsável

Endereço: Av. Leopoldo Fernando Melo, s/n - Centro - Itapipema - CE CEP: 62.360-000 Fone: 3652.27.20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UPVAT

CONDIÇÃO DO SINISTRO

05 OUT 2018

Unidade Seguradora: IGA  
Av. Dom Lucas, 300 - 1º andar  
Aracaju - Sergipe - CE

## RELATÓRIO MÉDICO

Atestado para os devidos fins que o paciente LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES. Portador da Carteira de Identidade de nº 2007086299-5 SSP/CE e do CPF de nº 048.145.733-08, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido no dia 25-04-2018. O mencionado paciente foi socorrido para o hospital municipal de Ibiapina/CE, em seguida transferido para o hospital São Camilo, na cidade de Tianguá/CE. O referido paciente foi assistido nesta clínica por este profissional, com o seguinte diagnóstico: **POLITRAUMATISMO + FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**, o mencionado paciente foi submetido a **TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**. O referido paciente apresenta as seguintes seqüelas : **Debilidade e deformidade permanente, como também déficit motor do mmss direito (OMBRO E CLAVÍCULA DIREITOS)**, com perda parcial dos movimentos de supinação e rotação do ombro e clavícula direitos. Resultado em perda de 75% da função do ombro direito, perda de 75% da função da clavícula direita e perda de 50% da função do mmss direito. **CARACTERIZANDO ASSIM, INVALIDEZ DE CARATER PERMANENTE E IRREVESSÍVEL. O QUAL ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA A PARTIR DE 17-07-2018.**

SÃO BENEDITO/CE, 17/07/2018.

Dr. Lucidio Fco Xavier  
Médico Crm 6831/CE

Dr. Lucidio Fco. Xavier  
Médico  
CRM 6831

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONT. DO SINISTRO
05 OUT 2018
Santa Seguros S.A. Av. Dom Inês, 300 - Lapa 147 Aldeia, Fortaleza, CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007086299 - 5 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2008

NOME  
LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

FILIAÇÃO  
ANTONIO DE ARAUJO RODRIGUES  
EVA DOS SANTOS RODRIGUES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
IBIAPINA - CE 04/11/1989

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 10465 FOLHA: 272  
LIVRO: A046 IBIAPINA - CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Foto

Assinatura: Leandro dos Santos Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

(88) 9.9626-2211  
9.9205-5656

MINISTÉRIO DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
048.145.733-08

Nome  
LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Nascimento  
04/11/1989

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

05 OUT 2018

Genle Seg - Dom 01/11  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza - CE

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

NOME: **FABIANA MENEZES DE ABEVEDO**  
 RG: **3005028073284** **CE**  
 CPF: **046.013.703-45** **09/01/1991**  
 Pai: **ANTONIO DONATO DE ABEVEDO**  
 Mãe: **IGORIA FERNANDES MENEZES DE ABEVEDO**  
 RACIA: **BRANCA** **CE**  
 DATA DE EMISSAO: **04/09/2015** **01/02/2010**  
 VENCIMENTO: **04/09/2015** **01/02/2010**  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1277333760

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1277333760

LOCAL: **FORTALEZA, CE**  
 DATA DE EMISSAO: **19/04/2016**  
 ASSINATURA: *[Assinatura]*  
 44662406443  
 CE152979433  
**DETRAN - CE (CERRA)**  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
**05 OUT 2018**  
 Sinto Seguradora S/A  
 Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
 Aldeia - Fortaleza / CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 9041623324  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTG EXERCÍCIO  
AKAR 01 735510814 0000000000 2011

NOME  
ANTONIO EDMILSON C DE AZEVEDO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
SOBRAL/CE

CPF/CNPJ PLACA  
00901823325 HVH7264

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/CE 9C2MC2700YR014418

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

RENDA/MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
274 06 1 06 279 27 00/00/0000

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DO REGISTRO DATA  
SOBRAL 10/06/2011

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

CE Nº 9041623324 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO  
2011

CPF / CNPJ PLACA  
00901823325 HVH7264

RENDA/MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

RENDA/MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

RENDA/MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

RENDA/MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
05 OUT 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldoberto - Fortaleza - CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180470689

**Cidade:** Ibiapina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**Data do acidente:** 25/04/2018

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio da clavícula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Abulamento sugestivo de calo ósseo na clavícula. Limitação dos movimentos de abdução, flexão e extensão do ombro direito

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com tipoia americana. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** Sequela anátomo funcional do ombro direito de grau leve

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Jose Wellington Menezes

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180470689

**Nome do(a) Examinado(a):** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA JOSE ELIOMAR DAMASCENO, S/N -  
IBIAPINA/CE - CEP 62360-000

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 20070862995 - SSP-CE

**Data e Local do Acidente :** 25/04/2018 - SÍTIO TAUÃ - IBIAPINA-CE

**Data e Local do Exame :** 24/10/2018 RUA CEL JOÃO CICERO MEMÓRIA,  
244 - GUARACIABA DO NORTE/CE - CEP 62380-000

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA AMERICANA, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. RELATA NÃO TER REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA DESDE JULHO DE 2018 E COM SEQUELAS ESTABELECIDAS E NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

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

APRESENTA DISCRETA TUMORAÇÃO EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA SUGESTIVA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA COM FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO E LEVE LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

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

SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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

OMBRO DIREITO

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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. Wellington e Melo  
MÉDICO  
CREMEC 10432

---

JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE MENEZES CRM : 10432  
/ UF :CE

# DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER

Eu, LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES, vítima de acidente automobilístico no dia 25/04/2018, condutor da motocicleta de PLACA HVL-7264/CE veículo de propriedade de FILANTO EDMILSON CASTRO DE AZEVEDO Venho informar junto a Seguradora Líder que o proprietário do veículo (    ) recusou-se ou ( ☒ ) não foi localizado para assinar a declaração do proprietário do veículo para juntar ao processo de invalidez.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

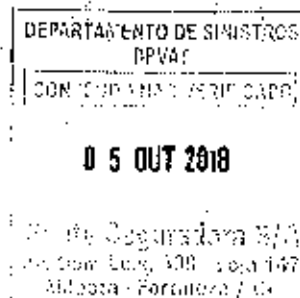
"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: IBIAPINA UF: PE Data: 30/05/18

OFÍCIO

Leandro dos Santos Rodrigues



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: <b>LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES.</b>		Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>	Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº: <b>2007086299-5 SSP/CE.</b>
CPF nº: <b>048.145.733-08</b>	Endereço: <b>RU JOSE ELIOMAR DAMASCENO - 00000.</b>	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade: <b>IBIAPINA</b>	Estado: <b>CEARÁ</b> CEP: <b>62.360-000</b>

### OUTORGADO:

Nome: <b>FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO</b>		Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>
Estado Civil: <b>SOLTEIRA</b>	Profissão: <b>ADVOGADA</b>	Carteira de Identidade: <b>2005028073284</b>
CPF nº: <b>046.013.703-45</b>	Endereço: <b>RUA PROFESSOR SÍLA RIBEIRO, 420, AP 1002</b>	
Bairro: <b>PAPICU</b>	Cidade: <b>FORTALEZA</b>	Estado: <b>CEARÁ</b> CEP: <b>60.175-135</b>

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

**OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.**

IBIAPINA 1<sup>o</sup> CB 30 de MAIO de 20 18

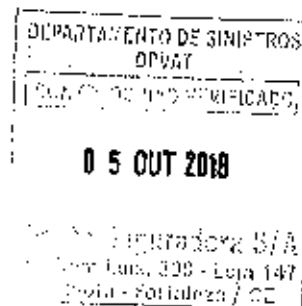


Leandro dos Santos Rodrigues  
**OUTORGANTE**

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço por:  
☒ Autenticidade    ☐ Semelhança  
 A(s) firma(s) de Leandro dos Santos Rodrigues  
 Em test. [Assinatura]  
Aquino Rêgo      30 de Maio 2018



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367431/18

**Vítima:** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**CPF:** 048.145.733-08

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 25/04/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO : 046.013.703-45

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

### LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES : 048.145.733-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018  
Nome: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO  
CPF: 046.013.703-45

FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018  
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS  
CPF: 054.403.453-88

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS