

---

**Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200295617**

**Vítima: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HERMAN SOUSA RIBEIRO**

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

**Senhor(a), ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

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, contados 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

**Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200295617**

**Vítima: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HERMAN SOUSA RIBEIRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.193,75**

Banco: **104**

Agência: **000004254**

Conta: **00000650-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200295617 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/03/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 24/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA ESCÁPULA E DA CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLODORA + ESPLENECTOMIA). DEMAIS, CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.  
PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **830.413.033-53** 4 - Nome completo da vítima: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

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

5 - Nome completo: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **830.413.033-53**  
7 - Profissão: **FRENTISTA** 8 - Endereço: **POVOADO GENIPAPEIRO** 9 - Número: **5** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**  
11 - Bairro: **GENIPAPEIRO** 12 - Cidade: **AQUIRAZ** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61.700-000**  
15 - E-mail: **marcoslmm@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **85-987587142**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **4254** ☐ CONTA: **650** ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se autografado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **AQUIRAZ-CE 17/08/2020**

**ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**FRANCA GONCALVES RIBEIRO**  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ  
Impresso nº 2020469598



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 990 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/08/2020 08:54:34**  
Data / Hora da Ocorrência: **11/03/2020 06:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **R NA ESTRADA DO GENIPAPEIRO CEP: 61.700-000, GENIPAPEIRO - AQUIRAZ/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **28/12/1977** CPF: \_\_\_\_\_  
RG: **97014029939** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DO CARMO MOREIRA DE OLIVEIRA**  
**MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA**  
Endereço: **RUA GENIPAPEIRO**  
Bairro: **GENIPAPEIRO**  
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: **61.700-000**  
País: **BRASIL** Telefone: \_\_\_\_\_

**Histórico**

INFORMA A NOTICIANTE QUE VINHA NA SUA MOTO HONDA CG 125 FAN DE PLACAS OI1716, COR VERMELHA, ANO 2012 DE CHASSI 9C2JC4120CR577724 PELA ESTRADA DO GENIPAPEIRO NESTE MUNICÍPIO E NESSA OCASIÃO VEIO A PERDER O CONTROLE DA REFERIDA VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE AQUIRAZ SENDO TRANSFERIDO PARA IJF - CENTRO ONDE FICOU HOSPITALIZADO POR CAUSA DO ACIDENTE SOFREU TEVE UMA FATURA NA CLAVÍCULA DO BRAÇO ESQUERDO, TEVE UMA FATURA NAS COSTELAS, FATURA NO COLO DA ESCAPULA. QUE AS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE FORAM AS PESSOAS DE NOME JOSE ROBERTO DE ALMEIDA JUNIOR E FRANCISCO EDSON VALENTIM DA SILVA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : \_\_\_\_\_

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_

VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **830.413.033-53** 4 - Nome completo da vítima: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**

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

5 - Nome completo: **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **830.413.033-53**  
7 - Profissão: **PRETISTA** 8 - Endereço: **POVOADO GENIPAPEIRO** 9 - Número: **5** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**  
11 - Bairro: **GENIPAPEIRO** 12 - Cidade: **AQUIRAZ** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61.700-000**  
15 - E-mail: **marcoslmm@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **85-984587142**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **4254** CONTA: **650**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **AQUIRAZ-CE 17/08/2020**

**ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**FRANCA GONCALVES RIBEIRO**  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

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

CLIENTE: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04254

CONTA: 000000000650-0

---

Nr. da Autenticação 9EB530EA0F7CC4F0



CEP: 70.040-902  
Brasília/DF  
S.A.N. Qd. 03 Bloco A Edifício Núcleo dos Transportes  
DNIT - DEPARTAMENTO NACIONAL DE INFRAESTRUTURA DE TRANSPORTES

**PARA USO DOS CORREIOS**

☐ Mudou-se  
☐ Falecido  
☐ Ausente  
☐ Endereço Insuficiente  
☐ Desconhecido  
☐ Não Procurado  
☐ Não Existe o nº indicado  
☐ Rejeitado  
☐ Outros

Data: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÃO PRESTADA POR

AUTO DE INFRAÇÃO: S000331260 PLAC/UF: NON6411/CE

5406

**DNIT** - MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE INFRAESTRUTURA DE TRANSPORTES - DNIT

**NOTIFICAÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA POR INFRAÇÃO DE TRÂNSITO**



Postagem: 09/04/2018

**DESTINATÁRIO:**

Nome: HERMAN SOUSA RIBEIRO  
Endereço: PV GENIPAPEIRO, NR 0  
Bairro: GENIPAPEIRO  
Município: AQUIRAZ - CE  
CEP: 61700000

5406



**OBSERVAÇÕES**

\* A presente notificação corresponde a infração comprovada por equipamento previamente regulamentado pelo CONTRAN conforme Art. 280 do CTB.  
\* A não concordância com a infração objeto desta Notificação, poderá ser objeto de Recurso junto à Autoridade de Trânsito do DNIT, procedendo da seguinte forma:

O Recurso deverá conter as seguintes informações obrigatórias:

- Ser dirigido à Autoridade de Trânsito do DNIT.
- Identificação do interessado ou de seu representante legal, mediante procuração.
- Domicílio do requerente.
- Requerimento do Recurso com exposição dos fatos e de seus fundamentos.
- Data e assinatura do proprietário ou seu representante legal.
- Cópia dos seguintes documentos: Notificação de Penalidade ou documento equivalente, CRLV, Carteira Nacional de Habilitação ou outro documento de identificação; quando pessoa jurídica, documento comprovando a representação;
- Procuração, quando for o caso, e outros documentos que julgar necessário para melhor compreensão de seu recurso. Exemplo: Fotos, Boletim de Ocorrência, etc.

Prazo para recorrer da penalidade: até o dia 31/05/2018

Endereço do DNIT:

Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes SAN, Qd. 03, Bl. A, Sala 3269 – Edifício Núcleo dos Transportes – Brasília/DF – CEP: 70.040-902



Acesse o Portal de Multas de Trânsito do DNIT na Internet  
[servicos.dnit.gov.br/multas](http://servicos.dnit.gov.br/multas)

Utilize a ferramenta para:

#Consultar Multas #Emitir Boletos #Recorrer da Penalidade

PARE  
PENSE  
MUDE



PARADA  
PACTO NACIONAL  
PELA REDUÇÃO DE  
ACIDENTES

**RESPEITE A VIDA. O EXCESSO DE VELOCIDADE PODE MATAR.**



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouditoria: 0800 021 91 35

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

A Circular SUSEP 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 CNAF<sup>1</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 HERMAN SOUSA RIBEIRO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 264.648.373, 20

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 830.413.033, 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE

da vítima ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 830.413.033, 53

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: POLICIAL MILITAR

Renda: R\$ 3.300,00

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: POVOADO GEMIPAPEIRO

Bairro: GEMIPAPEIRO

Cidade: ALVIRAZ

Número: 5/N

Estado: CE

Comunicação: ZONA RURAL

CEP: 61.700.000

E-mail: fousahermon@yahoo.com

Tel.(DDD):

Local e Data:

ALVIRAZ - CE 17/08/2020

Herman Sousa Ribeiro.

Assinatura do Declarante



## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

Idade: 42 ano(s) 2 mes(es) e 24 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5661635

Endereço: RUA JENIPAPEIRO

Num: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AQUIRAZ

## Localização

Clínica: UNIDADE 19(Cirurgia Enfermaria: 190

Leito: 1904

Admissão Emergência: 11/03/2020 10:21

Internação 11/03/2020

22:11

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

## Resumo Clínico

PACIENTE, 42 ANOS, ADMITIDO NO DIA 11/03 DEVIDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM IMPACTO DE ALTA ENERGIA AO SOLO. ENCAMINHADO DO FROTINHA DE MESSEJANA. EM EMERGÊNCIA, ADMITIDO COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL E VÔMITOS, AO EXAME: MVU REDUZIDO EM BASE ESQUERDA SRA, SATO2: 98% EM AA, FC: 88BPM, EXTREMIDADES FRIAS, TEC>5SEG, DOR ABDOMINAL DIFUSA À PALPAÇÃO, DOR À PALPAÇÃO DO HTE, EDEMA E ESCORIAÇÃO EM MSE (COM PULSO PRESENTE). REALIZADA LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ACHADOS: LESÃO ESPLÊNICA GRAU IV + SEM OUTROS ACHADOS, OPTADO POR ESPLENECTOMIA TOTAL. NO 2º PO, PACIENTE EVOLUIU COM EPISÓDIO FEBRIL, FOI INTRODUTIDA ATBTERAPIA COM CEFTRIAXONA. HOJE, O PACIENTE ENCONTRA-SE AFEBRIL HÁ MAIS DE 72H E ESTÁVEL. SEM QUEIXAS NO MOMENTO, APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

## Exames Realizados

## Terapêutica Utilizada

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

## Sequelae Apresentadas

FRATURA DE CLAVÍCULA + FRATURA DE COLO DA ESCAPULA, OPTADO POR CONDUTA CONSERVADORA (APÓS RESPOSTA DE PARECER DA TRAUMATO ORTOPEDIA ANEXO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE)

## Diagnóstico

R100 - ABDOME AGUDO

## DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	R100	ABDOME AGUDO
Não	E106	DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - COM OUTRAS COMPLICAGÕES ESPECIFICADAS

## Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/03/2020

## Observações Complementares

RETORNO PARA O AMBULATÓRIO EM 15 DIAS PARA RETIRADA DE PONTOS E REAVALIAÇÃO ORIENTAÇÕES QUANTO A VACINAÇÃO PÓS-ESPLENECTOMIA PRESCRIÇÃO DE SINTOMÁTICOS

## Responsável

Médico: GABRIEL LOPES PONTE PRADO

Data: 21/03/2020

## CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0407040161	Procedimento	11/03/2020 14:	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	JOSE WALTER FEITOSA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará  
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



**ATENDIMENTO EMERGÊNCIA**

PACIENTE: ANTONIO MARCO MOREIRA DE OLIVEIRA		CNS: 706905117830437	PA202001063899
DATA DE NASCIMENTO: 28/12/1977	IDADE: 42 Ano(s) 2 Mes(es) 13 dia(s)	SEXO:	
MARIA DO CARMO MOREIRA DE OLIVEIRA		OCUPAÇÃO:	
ENDEREÇO:		MUNICÍPIO: AQUIRAZ	
TELEFONE CONTATO:		CPF: 83041303353	

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

RISCO:	PROFISSIONAL:	DATA-HORA:
FR: * mmHg	SAT02: * %	PA: * mmHg
FC: * bpm	T: * °C	Dx: * mg/dl
ECG: *		DOF: *

PRIORIDADE: Não informado

**ATENDIMENTO CLÍNICO**

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):  
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DEVIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO. QUEIXA-SE DE DOR EM TORAX. APRESENTANDO SUDORESE FRIA E QUEDA NA SATURAÇÃO. NEGA ALERGIAS.

Alergias:	
Exames:	
Código	Descrição
	Solicitação
	Urgente
	Colato

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

**PRESCRIÇÃO**

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
1	Soro Fisiológico 0,9%, 500ml Ev + . Complemento:	
2	Soro Ringer C/ Lactato, 500ml Ev + . Complemento:	
3	Dexametasona, 4Mg/ml - Ampola, Intravenosa, Dose Única, 1 Ampola. Complemento: +17,5ml SFD, 0,9% Ev	
4	Cetoprofeno, 100Mg - Frasco Ampola, Intravenosa, Dose Única, 1 Frasco Ampola. Complemento: +100ml SFD, 0,9% Ev	

Prescrito por: Eugênia Rodrigues Ferreira CRM: 20634 - 11/03/2020 07:17:39

Aquiraz, Quarta-Feira, 11 De Março De 2020  
SECRETARIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ  
HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES  
CNS: 2561395  
FONE: 423.115/0001-69

**CONFERE COM O ORIGINAL**  
Paulo Cesar Cipriano  
Diretor Administrativo  
HGMAP

Dra. Eugênia Rodrigues  
MÉDICA  
CREMEC 20634  
EUGENIA RODRIGUES FERREIRA  
CRM: 20634

**CONDUZA / DESFECHO DO ATENDIMENTO**

Observação
------------

Em 11/03/2020 às 7:00 Paciente trazido pelo SAMU com história de queda de moto. Refere dor em tórax anterior em ambos os pulmões áreas costais bilaterais.  
A - sem áreas purúreas / consolidadas  
B - PA 110/70 FC - 130 PR - 22 / Sat 48 AA sem ruídos  
C - Tax 430 PA 110/70 FC - 130 RER 25 BATE ALTO  
D - Glicemia 15  
E - Glor em ambos os pulmões bilaterais  
F - Glor em ambos os pulmões bilaterais

HOSP GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES, Cnpj: 079116960001-57  
Rua João Paulo 6, Nº 100, Centro, Aquiraz Tel: (85) 3361-1280








GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar do Sr. **ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA**, portador do RG n.º 97014029939, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 830.413.033-53, dia 11/03/2020, às 08h20, Município de Aquiraz-CE, na estrada do Genipapeiro, Bairro Genipapeiro, próximo ao Mercado do Guedes, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o Hospital Municipal Manoel Assunção Pires, em seguida para o Hospital Distrital Edmilson Barreto de Oliveira e, depois, para o IJF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 17 de julho de 2020.

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ  
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE  
Fone: (85) 3433 7434

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

**POLÍCIA MILITAR**

Dec. nº 23965/95

Fé pública Lei Federal Nº 89.250/83

IDENTIDADE Nº. 030.728-1-9

NOME

**HERMAN SOUSA RIBEIRO**

POSTO / GRADUAÇÃO

**SOLDADO**

SITUAÇÃO


**ATIVA**

*Herman Sousa Ribeiro*

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



CARTEIRA DE IDENTIDADE					
Nº NA PM		DATA DA ADMISSÃO			
21.042		15.10.87			
		CPF			
		264.648.373-20			
FILIAÇÃO	João Alves Ribeiro				
	Eliozita de Sousa Ribeiro				
NATURALIDADE		ESTADO	DATA DE NASCIMENTO		
Fortaleza		Ceará	20.03.67		
CUTIS	CABELO	OLHOS	SEXO	POLEGAR DIREITO	
Branca	Cast.	Cast.	Masc.		
TS	RH	RD			
0	Positivo	01/97			
Ass. DA AUTORIDADE EXPEDIDORA			DATA DA EMISSÃO		
17/02/97					
PERMITIDO O PORTE DE ARMA					

009362

Série A

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200295617 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/03/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 24/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA ESCÁPULA E DA CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLODORA + ESPLENECTOMIA). DEMAIS, CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento**  
**faltante:**

**Apontamento do Laudo**  
**do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.  
PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos**  
**complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
Profissão: FRENTISTA, portador(a) do RG 97014029939, órgão expedidor SSPDS-CE  
e do CPF: 830 4130.33-53 residente no(a) POVOADO GENIPAPEIRO  
nº S/N, bairro: GENIPAPEIRO, município: AGUIRAZ I. CE

### OUTORGADO:

Nome: HERNAN SOUSA RIBEIRO, brasileiro(a), estado civil: UNIÃO ESTÁVEL  
Profissão: POLICIAL MILITAR, portador(a) do RG 03022819, órgão expedidor PM-CE  
e do CPF: 26464837320, residente no(a) POVOADO GENIPAPEIRO  
nº S/N, bairro: GENIPAPEIRO, município: AGUIRAZ I. CE CEP 61.700.000

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA CPF 830 413 033-53 data do acidente: 11/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE.  
Local e data: AGUIRAZ-CE 17/08/2020

ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA  
Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a) \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_

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

Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231881/20

**Vítima:** ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 830.413.033-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO MARCOS  
MOREIRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### HERMAN SOUSA RIBEIRO : 264.648.373-20

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

### ANTONIO MARCOS MOREIRA DE OLIVEIRA : 830.413.033-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/08/2020  
Nome: HERMAN SOUSA RIBEIRO  
CPF: 264.648.373-20

HERMAN SOUSA RIBEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE