
Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651552

Vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190651552 Vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651552

Vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000456-1

Conta: 0000072957-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 387.897.363-20 4 - Nome completo da vítima: IVOONE DIAS DOS SANTOS SILVA

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

5 - Nome completo: IVOONE DIAS DOS SANTOS SILVA 6 - CPF: 387.897.363-20
7 - Profissão: RECUSADO 8 - Endereço: RUA: MINISTRO COLOMBO DI SOUTO 9 - Número: 1059 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDRINHAS 12 - Cidade: MOURÃO DO NORTE 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63018-050
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83)99909-1667

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\$1.00 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: BANCO DO BRADESCO (237)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0556 1 CONTA: 72957 4 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MOURÃO DO NORTE - CE 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 387.897.363-20 4 - Nome completo da vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

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

5 - Nome completo: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA 6 - CPF: 387.897.363-20
7 - Profissão: RECUSA-SE 8 - Endereço: RUA: MINISTRO COLOMBO DI SOUTO 9 - Número: 1059 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDRINHOS 12 - Cidade: MOURÃO DO NORTE 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63018-050
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83)99909-1667

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\$1.00 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: BANCO DO BRADESCO (237)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0556 1 CONTA: 72957 4 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MOURÃO DO NORTE - CE 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 13488 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 09:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2019 08:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV JOÃO DIAS DE OLIVEIRA, AEROPORTO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA**
Nascimento: **10/12/1967** CPF: **387.897.363-20**
RG: **290956994** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA URSULINA DOS SANTOS**
JOSÉ DIAS DOS SANTOS
Endereço: **RUA MINISTRO COLOMBO DE SOUSA, 1059**
Bairro: **PEDRINHAS**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98816-9252**

Noticiante(s)

Nome: **ANTÔNIO VIEIRA DA SILVA**
Nascimento: **26/12/1958** CPF: **008.971.608-60**
RG: **20089402868** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSÉ DE ALENCAR**
VIDAL JOSÉ DA SILVA
Endereço: **RUA MINISTRO COLOMBO DE SOUZA, 1059**
Bairro: **PEDRINHAS** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98816-9252**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HZA1018** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC08108R318009** Renavam: **114964491** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **MICHELLY DINIZ MONTEIRO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Advertido das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que É HABILITADO, categoria A e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima descrita, levando consigo na garupa a vítima acima qualificada, quando ao passar por um cruzamento acabou se chocando contra a lateral de outra moto de características e placa não anotadas. QUE o outro envolvido no acidente se evadiu do local, sem prestar socorro. QUE instantes depois, a vítima foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, levada para a Unidade de Pronto Atendimento e de lá, transferida para o Hospital

*ANTONIO VIEIRA DA SILVA

IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 13488 / 2019

Regional do Cariri, nesta cidade de Juazeiro do Norte; QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

GLEDSON LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

ANTONIO VIEIRA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

x Ivone Dias dos Santos Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 387.897.363-20 4 - Nome completo da vítima: IVOONE DIAS DOS SANTOS SILVA

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

5 - Nome completo: IVOONE DIAS DOS SANTOS SILVA 6 - CPF: 387.897.363-20
7 - Profissão: RECUSADO 8 - Endereço: RUA: MINISTRO COLOMBO DI SOUTO 9 - Número: 1059 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDRINHOS 12 - Cidade: MURZENO DO NORTE 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63018-050
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83)99909-1667

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\$1.00 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: BANCO DO BRADESCO (237)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0556 1 CONTA: 72957 4 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MURZENO DO NORTE - CE 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00456-1

CONTA: 000000072957-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0512201905000000000023700456000000072957168750 PAGO



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu MARILEIANIA FERREIRA ALENCAR inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.271.363 / 28, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 387.897.363/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 387.897.363/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSU-ME Renda: RECUSU-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSU-ME DECLARO

☒ 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		Número	Complemento
<u>RUA ANTONIO WALTER HONORATO TELES</u>		<u>70</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JOSE GONCALVES DE LIMA</u>	<u>JOZEURO DO NORTE</u>	<u>CEARA</u>	<u>63033-030</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>11</u>		<u>11</u>	<u>11</u>

JOZEURO DO NORTE, 19 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Maria Regilania Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail.:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 2156-2188

Ficha de Atendimento

Data: 11/08/2019
Hora: 09:21

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 127170 IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA
Responsável: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA
Mãe: MARIA URSULINA DOS SANTOS
Endereço: RUA MINISTRO COLOMBO DE SOUSA, 1059, AEROPORTO - CEP: 63.021-010 Natural: JUAZEIRO DO

Sexo: F Nasc: 10/12/1967 Idade: 51
Telefone() - Celular: (88) 98853-6732

Documento

Mat/CNS: 705000029969358 Doc. Identidade: 290956994 Guia: Autorização
Trabalho: Validade da Carteira Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento 2

Queixas do Paciente

FEMININO, 51 ANOS, TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO RECENTE. EM USO ADEQUADO DE ACAPACETE.

Observação

Exame Físico

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

Classificação de Risco

Classificação.: PA: HGT: PESO:
Queixa.: REFERE

Conclusão Diagnóstica

CID-10 V29

FRATURA FIBULAR DISTAL ESQUERDA

Evolução/Anotação de Enfermagem

[Assinatura]
Correspondente Médico
UPA Limoeiro
IMEGI - Instituto Brasileiro de Gestão Integrada

IGOR CALLOU PINHEIRO
CRM: 15828 / CE

Diretor Médico

UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 2156-2188



598404

Atendimento

182312

Prescrição

Prescrição Médica

Prontuário
127170

Nome: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA
Ala/Leito: Leito de Observação
Convênio: SUS

DI/Hr: 11/08/2019 09:34
Nasc: 10/12/1967 Idade: 51

Medicações

- 1 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM
- 2 - DIPIRONA 1G/2ML IV

APRAZAMENTO

Pág: 1

Obs	16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12	14

Heilbertino Nogueira
Coordenador Médico
UPA Limoeiro
REC - Instituto Médico de Gestão Integrada

Cód. Aprazador

IGOR CALLOU PINHEIRO
15828 / CE



Fisio Forma

Clinica de Fisioterapia, Estética e Fitness

Declaro para os devidos fins que Ivone Dias dos Santos Silva, realiza tratamento fisioterapêutico neste estabelecimento com auxílio de Inatuna em pé enquendo, devido a gravidade dos ferimentos a mesma passou por procedimentos cirúrgicos onde colocou placa e parafusos. No momento a paciente encontra-se com ADM reduzida, deambulação apenas com uso de muletas.

Dr. Cicera Monyze Santos de Oliveira
Fisioterapeuta
CREFITO 150446-F

18 de Novembro de 2019

3512-6000

Rua da Conceição, 591 - Centro Juazeiro do Norte - CE | Fone: (88) ~~3085-2787~~
email: fisioforma@live.com

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Admissão: 11/08/2019 10:39

Pront.: 112462 Data Nasc.: 10/12/1967 Idade: 51 ano(s) 8 mes(es) e 1 dia(s) Tel.:

Mãe: MARIA URSULINA DOS SANTOS

Sexo: Feminino

RG: 2909569-94

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000

Bairro: AEROPORTO

Endereço: RUA MINISTRO COLOMBO DE SOUSA 1059

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador MARIA ELAINE SILVA DE MELO

Horário 11/08/2019 10:44

Queixa: vítima de acidente de trânsito, consciente, orientada, com edema e queixa de dor em mie

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR INTENSA

Sato02: Glasgow Temp.: Glicemia Régua: 8 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO

CRM: 6

Nº: 496782

Horário 11/08/2019 11:00

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Exo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO.

DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE.

ACIDENTE SEM OUTRAS QUEIXAS.

CD> ORIENTAÇÕES GERAIS + RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO.



Dr. Abel T. Macedo Filho
CRM: 6 / 11241 / CREMEP 2184

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO E AP/P (0204060087)	11/08/2019 11:02	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

Horário:

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 11/08/19 17:20

Paciente: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA
Prontuário: 112462
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
1ª Auxiliar: TISSIANO DANTAS SAMPAIO
Enfermeiro: AILA MARIA PEREIRA ALVES
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 10/12/1967
Enfermaria: Sala Cirurgica
Leito: 02A
Anestesiologia: FRANCISCO ROMULO PATRICIO DE SA
2ª Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	
0408050217	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	Principal S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	
0408050217	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	Principal S
3050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO N	

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL
ANTISSEPSE E ASEPSIA DE MIE
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LUXAÇÃO BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQ
ESTABILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TIPO DELTA
CONTROLE FLUOROSCÓPICO SATISFATÓRIO
ATIVO



DR. TISSIANO D. Sampaio
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 118829 TROT 15488

Data

11/08/19

Assinatura Cirurgião - CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 17/08/19 09:06

Paciente: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA
Prontuário: 112462
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ
1º Auxiliar: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL
Enfermeiro: AILA MARIA PEREIRA ALVES
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 10/12/1967
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 01A
Anestesiologia: GEORGE LUIZ ARAÚJO
2º Auxiliar:
Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO S	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO S	S
0408060360	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:
RAQUI

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

ANTIBIOTICO PROFILATICO
RETIRADO FIXADOR EXTERNO
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA, ANTISEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
INCISAO LATERAL AO MALEOLO LATERAL, DIVULSAO POR PLANOS E CUIDADOS COM ESTRUTURAS NEUROVASCULARES
VISUALIZADO FOCO DE FRATURA, REALIZADO DESBRIDAMENTO DA FRATURA, REDUÇÃO ABERTA COM USO DE PLACA TERÇO DE CANO E
PARAFUSOS DE TRAÇÃO E PLACA DE NEUTRALIZAÇÃO
ACCESSO J INVERTIDO AO MALEOLO MEDIAL ISOLADO VEIA SAFENA MAGNA, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA MEDIAL, REALIZADO
DESBRIDAMENTO DA FRATURA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS DE TRAÇÃO ESPONJOSO ROSCA PARCIAL.
AGEM COM SF, REVISAO DA HEMOSTASIA, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO, RX CONTROLE
AO CRPA

Dr. Breno A. Macêdo Cruz
Ortopedista - Traumatologia
Cirurgião Ombro / Cotovelo
CRM 11235 - CRM 11235 - CRM 11235



Data

17/08/19

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Idade: 51 ano(s) 8 mes(es) e 9 dia(s)

Sexo: Feminino

Pront.: 112462

Endereço: RUA MINISTRO COLOMBO DE SOUSA 1059

Bairro: AEROPORTO

Num: NC

CEP: 63010-000

UF: CEARÁ

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 04

Leito: 414

Internação 11/08/2019

17:06

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO - FO SECA - RX DE CONTROLE OK - RECEBE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Exames Realizados

RX TORNOZELO ESQUERDO

Terapêutica Utilizada

Cirurgia

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S826	FRATURA DO MALEOLO LATERAL
Não	S825	FRATURA DO MALEOLO MEDIAL
Não	S930	LUXACAO DA ARTICULACAO DO TORNOZELO



Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 19/08/2019

Observações Complementares

J NAC - AGENDAR CONSULTA PARA O AMBULATORIO DA TRAUMATOLOGIA EM 15 DIAS
REALIZAR RX TORNOZELO ESQ AP/PERFIL ANTES DA CONSULTA AMBULATORIAL DE RETORNO

Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 19/08/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050217	Procedimento Eletivo	11/08/2019 17:15	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURABRENO ABIMAE MACEDO / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO CRUZ TORNOZELO	
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050497	Procedimento Eletivo	11/08/2019 17:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	BRENO ABIMAE MACEDO CRUZ
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050497	Procedimento Eletivo	17/08/2019 09:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR /	BRENO ABIMAE MACEDO CRUZ

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA Prontuário: 112462 Admissão: 09/09/2019
Data Nasc.: 10/12/1967 Idade: 51 ano(s) 8 mes(es) e 30 dia(s) Sexo: Feminino RG: 2909569-94
Mãe: MARIA URSULINA DOS SANTOS Telefone: (88) 98853-6732
Endereço: RUA MINISTRO COLOMBO DE SOUSA 1059 Bairro: AEROPORTO CEP:

ATENDIMENTO

Médico: KLINGER LUCIANI LUCENA MONTEIRO CRM: 12711 Nº Atendimento: 500821
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 60 dia(s)

HDA/Exame Físico:

1 MÊS PO
QUEIXA DE DOR EM FACE MEDIAL
S/ FISIO
DM EM ANDAMENTO
RX: OK
CD: FISIO
RX
ORIENTAÇÕES

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO E AP/P (0204060087)	09/09/201 16:26	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Klinger Lucena Monteiro
Traumato - Ortopedia
Artroscopia de Joelho
CRM-CE 12711 / TEOT. 12367



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

23/10/2018 15:59:00

IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO.....: MARIA URSULINA DOS SANTOS
JOSE DIAS DOS SANTOS
NASCIMENTO.....: 10/12/1967
ESTADO CIVIL.....: CASADO
NATURALIDADE.....: JUAZEIRO DO NORTE - CE
DOCUMENTO.....: R.G. - 290955994 - 28/11/1994 - SSP - CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 387.897.383-20

CNH.....:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: AACCE - JUAZEIRO DO NORTE

DATA DE EMISSÃO.: 31/10/2018

Paulo Zech Sylvestre

PAULO ZECH SYLVESTRE
Secretário do Estado do Ceará
Assinatura do Emissor

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SSP RUBRICADO D - ADOCÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

162.15294.84-6

NÚMERO

2632159

SERIE

0060

UF

CE

Luovne Dias dos Santos Silva

ASSINATURA DO TITULAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Regilania Ferreira Alencar




IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

RAIMUNDO MOREIRA DE ALENCAR E MARIA IVONETE FERREIRA ALENCAR

JUAZEIRO DO NORTE-CE
NASC. 20/11/1989
CPF 143 JUAZEIRO DO NORTE-CE



IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.221.363-28

Nome
MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CE Nº 014415690048

BILHETE DE SEGURO DPVAT

06029994301

HZA1018/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014415690048

10874083885

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2018

25/10/2018

VIA
01

CPF / CNPJ

06029994301

PLACA

HZA1018

RENAVAM

114964491

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN K

ANO FAB.

2008

CAT. TARIF.

PART

Nº CHASSI

9C2KC08108R318009

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

81.29

DENATRAN (R\$)

9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.70

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

185.50

PAGAMENTO

☒

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

05/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KCO8E18318009

07420



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AP
E



PERFIL
E


RADIOCLINICA CAPRI - JUAZEIRO DO NORTE - CE
RODRIGUES DOS SANTOS SILVA - SEX F
COD 55641 ID 051V E M 051122101122
MR DR LAMARCA TR MESC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651552 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651552 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA
Profissão: DOMESTICA
Identidade: 2909569-94 CPF: 387.892.363-20
Endereço: R. AMARCOLO DE ALBUQUERQUE 1059 Bairro: PC-PRINHEIROS
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE - CE CEP: 63018-030
Data do Acidente: 11 108 12019 Cobertura: INVALIDEZ

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Regilania Ferreira Alencar
Nacionalidade: Juazeiro do Norte Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 2001029048787 CPF: 042.221.363-28
Endereço: Rua Antônio Valter Honorato Teles nº 70 Bairro: José Geraldo da Cruz
Cidade: Juazeiro do Norte - CE CEP: 63.033-030

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

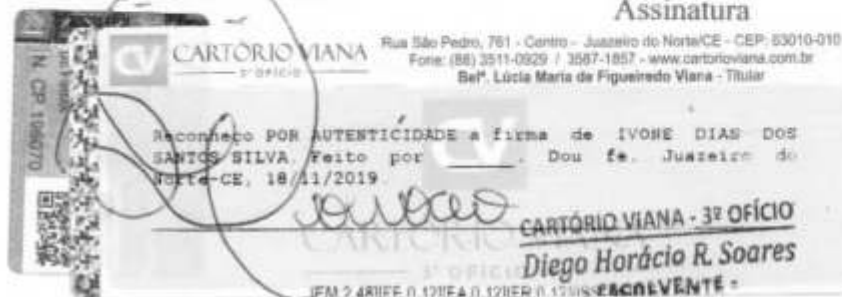
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

JUAZEIRO DO NORTE, 18 de NOVEMBRO de 2019.

3º OFÍCIO

Ivone Dias dos Santos Silva

Assinatura



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410758/19

Vítima: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

CPF: 387.897.363-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR : 042.221.363-28

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

IVONE DIAS DOS SANTOS SILVA : 387.897.363-20

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 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: 21/11/2019
Nome: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR
CPF: 042.221.363-28

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO