

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

**Número do Sinistro:** 3180447661

**Vítima:** DANILO TEIXEIRA MOTA

**CPF:** 047.291.163-56

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANILO TEIXEIRA MOTA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

## 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: 05/11/2018  
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA  
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018  
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS  
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8555937

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412  
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
Data Acidente: 11/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2016

Carta nº: 8765329

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412  
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
Data Acidente: 11/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8913987

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412 ASL-0070906/16  
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
Data Acidente: 11/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº 9738595

a/c: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412 ASL-0070906/16  
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
Data Acidente: 11/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10456359

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170067186 ASL-0043007/17

Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Data Acidente: 11/01/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO TEIXEIRA MOTA**

Nº Sinistro: **3180447661**

Vitima: **DANILO TEIXEIRA MOTA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180447661**.

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 13454253



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO TEIXEIRA MOTA**  
Nº Sinistro: **3180447661**  
Vitima: **DANILO TEIXEIRA MOTA**  
Data do Acidente: **22/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180447661**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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 13454279



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180447661

Vítima: **DANILO TEIXEIRA MOTA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA**

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 13604735



---

**Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180447661**

**Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA**

**Data do Acidente: 22/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA**

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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 Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180447661**

**Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA**

**Data do Acidente: 22/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

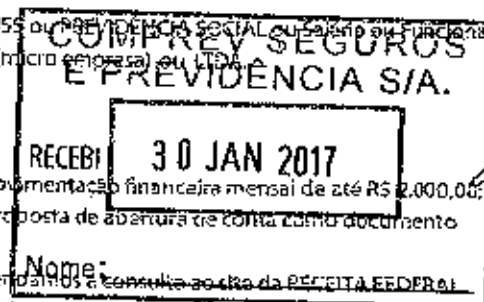
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de ~~propriedade~~ da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP. RJ EM 14/06/12 ECPF 021582953-09 (CNPJ) ( ) PROFISSÃO ---E RENDA MENSAL DE R\$ --- (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa da renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pessoais à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Lugar e data 04 de 02

LOCAL E DATA

de 16 Francisco Silvano Dutra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 10070906/16

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP EM 14/06/12

CPF 02415829531-09 (CNPJ), PROFISSÃO ---

E RENDA MENSAL DE R\$ --- (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da folha de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

ASL-0070906/16

30/07/2015

RECEITA FEDERAL

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-0070906/16

ASL-0070906/16

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.9-5/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CÓPIA

**CAIXA** LOTERIA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após  
344-576647333-4

09/DEZ/2016 HORA DE 16:10:37

LOT. 5.012453-6 TERM 014320

LOCALIDADE: TRAUSSA

AG. VINCULADA: 3812 CONTROLE: 34410035

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PÓUP CAIXA FACIL

NOME: FRANCISCO SILVANO DUTRA

AGÊNCIA: 3812

OPERAÇÃO: 013

CÓDIGO-DV: 0015143-7

DATA DE ABERTURA: 09/12/2016

LOTÉRIAS CAIXA

344-576647333-4

**CAIXA Loterias**

**CAIXA Loterias**

**CAIXA**

**CAIXA**

1ª VÍTA

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

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

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

CADEN ECONÔMICA FEDERAL  
SAC 0800 726 0101  
DUIDORIA 0800 726 7474  
014-521218912-4  
14/JAN/2016 HORA DE 18:23:52

LOT: 05.12453-6  
LOCALIDADE: ITAUCUBA  
AG. VINCULADA: 3812  
TERM: 012933  
CONTROLE: 856261988

DEPÓSITO EM DINHEIRO  
3812 001/00026464-5  
FRANCISCO SILVANO DUTRA  
VALOR 5.000  
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO  
014-521218912-4

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:55:41

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
17 FEV 2016  
0906/16

CÓPIA



Adm-Informática do Seguro DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES 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 com 16 ou 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

047.291.163-56

Nome completo da vítima

DANILO TEIXEIRA MOTA

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

|                                       |                    |                                        |                                  |                      |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Nome completo<br>DANILO TEIXEIRA MOTA |                    | CPF titular da conta<br>047.291.163-56 |                                  | Profissão<br>RECURSO |
| Endereço<br>FAZENDA LAGOA DAS PEDRAS  |                    |                                        | Número<br>29600                  | Complemento<br>CASA  |
| Bairro<br>CAMPINAS                    | Cidade<br>IRACUUBA | Estado<br>CEARA                        | CEP<br>62620-000                 |                      |
| Email                                 |                    |                                        | Telefone (DDD)<br>(88) 9605-1704 |                      |

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <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"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                           |             |                              |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |         |                              |         | BANCO Nome: _____ NRO: _____<br>AGENCIA NRO: _____ DV: _____<br>CONTA NRO: _____ DV: _____ |             |                              |             |
| AGENCIA NRO.<br>0702                                                                                                                                                                            | DV<br>1 | CONTA NRO.<br>1002796        | DV<br>9 | AGENCIA NRO.<br>_____                                                                      | DV<br>_____ | CONTA NRO.<br>_____          | DV<br>_____ |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                    |         | (Informar dígito se existir) |         | (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.

IRACUUBA-CE de SETEMBRO de 2018

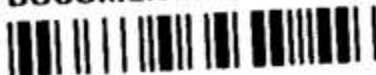
Local e Data

*Daniilo Teixeira Mota*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP. ee EM 14/06/12 ECPF 021582953-09 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO —E RENDA MENSAL DE R\$ — (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

12088120FEV2016

12  
RECEITA FEDERAL

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO — Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) — Nº da CONTA (com dígito, se existir) —

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

14/02

hou. ee. 04 de 02

LOCAL E DATA

de 16 Francisco Silvano Dutra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

014-521218912-4

14/JAN/2016

HORA OF 10:23:52

LOT: 05.12453-6

TERM: 012933

LOCALIDADE: IRAUCUBA

AG. VINCULADA: 3812

CONTROLE: 866261908

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3812 001 00026464-5

FRANCISCO SILVANO DUTRA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

014-521218912-4

VIA DO CLIENTE

17/02

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 17 FEV 2016

13

NOME



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
UNIDADE POLICIAL DE IRAUCUBA  
Rua - Pedro Domingues, 254 - Centro - Fone (85) 3330-1291.



## BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 028/2016

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h11min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Fone:                                                                                                |  |
| Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA. Masc: 04/09/1979.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                      |  |
| Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                      |  |
| Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, Bairro Esperança, Iracuba/CE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                      |  |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | RG: 2004099020862. SSP/CE.                                                                           |  |
| Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                      |  |
| Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no bairro da Esperança, próximo ao cemitério, Iracuba/CE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                      |  |
| <p><b>HISTÓRICO:</b> A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, guiando a MOTOCICLO, HONDA/CG, 125, FAM. ANO E MOD. 2007, DE COR PRETA, CHASSI 9C2JC30707R082393, DE PLACA, HYT. 6181. Em nome do noticiante; Que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escorções luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência. <span style="float: right;">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</span></p> |  |                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Delegado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> Cartório                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Investigação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Arquivo                                                                     |  |
| Escrever: aut. rec.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Resp. Reg.                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <p><i>Francisco Silvano Dutra</i><br/>Autoridade:</p> <p><i>Alcides Soares</i><br/>POLÍCIA CIVIL</p> |  |

Comunicação falsa de crime ou de contravenção a Crime. Art. 307 do CP. Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

3160092412

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
UNIDADE DE POLÍCIA DE IRAUCUBAASL-0070906/16  
alexandre.queirozASL-0070906/16  
alexandre.queiroz

30/01/2017 11:48:31

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
UNIDADE DE POLÍCIA DE IRAUCUBA  
Rua Pedro Domingues, 354 - Centro - Fone (85) 3835-1291

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 028/2016

COMPREV/SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h10min

Fone:

RECEB O 5 FEV 2016

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA, Nasc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, Bairro Esperança, Irauçuba/CE.

CPF:

RG: 2001098028862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no bairro da Esperança, próximo ao cemitério, Irauçuba/CE.

**HISTÓRICO:** A pessoa supracitada informa que no dia, hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, quando a MOTOCICLO HONDA CG 125, FANTASMA E MOD. 2007, DE COR PRETA, CHASSI 9C2JC30707R082393, DE PLACA HYT. 6181. Em nome do noticiante, que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo, nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escoriações luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando por encerrada a referida ocorrência. //

( ) Delegado

(X) Cartório

( ) Investigação

( ) Arquivo

Escritório: ad.Hoc.

Resp. Reg.

Assinatura:

ASL-0070906/16

ASL-0070906/16

30/01/2017 11:48:31  
alexandre.queiroz

CÓPIA

30/01/2017 11:48:31  
alexandre.queiroz

3160092412

DOCUMENTO 1 "T1%"



ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
UNIDADE POLICIAL DE IRAUCUBA  
Rua - Pedro Domingues, 554 - Centro - Fone (88)3835-1291.



## BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 028/2016

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h10min

Fone:

RECEB O 5 FEV 2016

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA. Nasc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Nome: A

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, bairro Esperança. Irauçuba/CE.

CPF:

RG:2001098028862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no birro da Esperança, próximo ao cemitério. Irauçuba/CE.

**HISTORICO:** A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, guiando a MOTOCICLO. HONDA/CG. 125. FAN. ANO E MOD. 2007. DE COR PRETA. CHASSI. 9C2JC30707R082393. DE PLACA. HYT. 6181. Em nome do noticiante; Que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escoriações luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência. //////////////////////////////////////////////////////////////////

☐ Delegado☒ Cartório☐ Investigação☐ Arquivo

Escrivão: ad.Hoc.

Resp. Reg.:

*Francisco Silvano Dutra*  
Assinatura

Autoridade:

*Carlos Soares*  
Assinatura  
POLÍCIA CIVIL

Comunicação falsa de crime ou de contravenção é Crime. Art. 312 do CP. A ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

*ANU*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 1336 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** Boletim de ocorrência  
Data / Hora da Comunicação: **05/09/2018 09:33:32**  
Data / Hora da Ocorrência: **22/07/2018 04:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇAVEL ENTRADA DO JUA**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IRAUCUBA/CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **DANILO TEIXEIRA MOTA**  
Nascimento: **01/01/1989** CPF: **047.291.163-66**  
RG: **2008010083324** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DO SOCORRO SOUSA TEIXEIRA**  
**CICERO MESQUITA MOTA**  
Endereço: **VILA FAZEND ALAGOA DAS PEDRA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **IRAUCUBA/CE** CPF:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **POL7672 UN. CE** Município: **IRAUCUBA** Chassi:  
**9C2K02200JR131511** Renavam: **1144704879** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação:  
**2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor:  
**VERMELHA** Proprietário: **CICERO MESQUITA MOTA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA, QUANDO AO PASSAR POR DENTRO DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE D MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO SOLO; QUE O NOTICIANTE LEVANTOU E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL LOCAL EM IRAUCUBA E EM SEGUNDA TRANSFERIDO PARA SANTA CASA EM SOBRAL; QUE SOFREU FRATURA NO OSSO NASAL, FRATURA NO MAXILAR E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO.

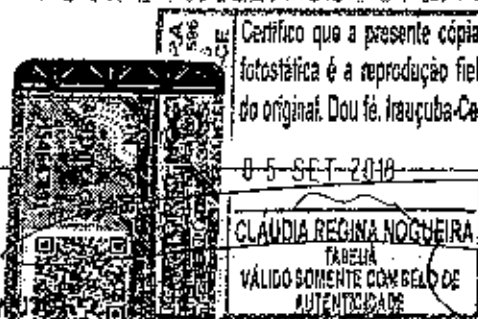
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura de Danilo Teixeira Mota]*

VISTO DO DELEGADADO: *[Assinatura]*

ROGERIA NEUSA DE SOUSA ESCOSSIO - MAT: 301286449



DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

Pág. 1 de 1

Processo: 10083324-18-11

Próprio e Manuseio Autorizado

Carimbo e Manuseio Autorizado

141 02/09/2018 09:33:32 20-SET-2018 14:29 568720 141

8

Seguradora Líder - DPVAT

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 2 \*T2%\*

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRAPortador da carteira de identidade nº 2001098028862, e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.582.953-09Reside e domicílio na Rua: ANTONIO IVO DOS SANTOS  
Número: 117 Bairro: ESPERANÇA Cidade: IRACUBA Estado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 noventa dias do respectivo pedido;

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

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

LOCAL Moaçu DATA 04/02/16

X Francisco Silvano Dutra

Assinatura do declarante conforme  
documento de identificação.

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| COMPREV SEGUROS<br>E PREVIDÊNCIA S/A. |             |
| RECEBI                                | 30 JAN 2017 |
| Nome: _____                           |             |

Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32  
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA  
Portador da carteira de identidade nº 2004098028862 e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.582.953-09  
Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVÓ DOS SANTOS  
Número: 117 Bairro: ESPERANÇA Cidade: IRACUJUBA Estado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou  
☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido;

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

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

LOCAL IRACUJUBA DATA 30/01/2017 / 02 / 16

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS S/A

RECIBO 05 FEV 2016

Nome: 2

alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32  
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32  
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32  
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32

CÓPIA



Seguradora Líder - DPVAT

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 2 \*T2%\*

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRAPortador da carteira de identidade nº 2001098028862, e inscrito no CPF/MF sob o nº:021.582.953-09Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVO DOS SANTOSNúmero: 117Bairro: ESPERANÇACidade: IRAUÇUBAEstado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

\* Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que residio realiza perícias com prazo superior a 90 noventa dias do respectivo pedido;

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

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

LOCAL

mae - ce

DATA

04 / 02COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 05 FEV 2016

/ 16

2

Nome:

\* Francisco Silvano Dutra

Assinatura do declarante conforme  
documento de identificação.



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



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

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

DANILLO TEIXEIRA MOTA

CPF da Vítima

047.291.163-56

Data do Acidente

25/07/2018

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

TRAUCUBA-CE, \_\_\_\_ de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# Declaração de Inexistência de IML



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

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

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

DANILLO TELXEIRA MOTA

CPF da Vítima

047.293.163-56

Data do Acidente

22/09/2018

## 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 realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

IRACUBA-CE, 10 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Danilo Teixeira Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# ATO DECLARATÓRIO

4:00h



## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

UNIDADE  
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. PEDRO DE CASTRO MARINHO



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DIA / MÊS / ANO

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 0 | 7 | 1 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|

REG

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

NOME DO PACIENTE

Daniela Teixeira Costa

IDADE

29a

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

01/01/89

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Mãe do Saborro Sousa Teixeira

ENDEREÇO

Av. do Bafão dos Padres

BAIRRO

MUNICÍPIO

Maranhão

PRÉ-CONSULTA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, com fratura de osso nasal, sangramento nasal. Hematoma periorbital. Sem trauma aparente em outros regiões. Não observe otorrhea.

ECG 15.

Nega outras queixas.

Declaração de Inexistência de TML



cd = encaminhado p/ hospital de referência.

Fogo ortopédico EV.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

fratura exposta de osso nasal. + TC de face.

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

AMB. RETORNO

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Eliayla Cruz  
Médica  
CRM 12.347

ASSINATURA DO MÉDICO

Ato declaratorio



1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

João R. Mota

Municipio: Tranqueba

Nome: Franzisco Siqueira Dutra Prontuário Nº. \_\_\_\_\_  
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/09/59 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Av. João Santos Bairro: Esperança Cél.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente Última de queda de n° 10. Apresentando dor intensa

Resultados de Exames: e Edema tornozelo Esquerdo

Releito Rx - Tornozelo "E" urgente.

Conduta Já Realizada:

**Conduta já Realizada:**

**Impressão Diagnóstica:**

Assinatura do Encarregado de Registro

**Función**

11, 03, 16  
Date

11:5

COMPRENSES SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A

**Proposta de Conduta Para Seguimento:**

RECEIVED 5 FEB 2016

O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Name: \_\_\_\_\_

Assinatura do Consultante - Nº. Registro

**Função**

Distr

# ATO DECLARATÓRIO

4:00h



## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

UNIDADE  
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. PEDRO DE CASTRO MARINHO



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DIA / MÊS / ANO

|    |    |    |
|----|----|----|
| 22 | 07 | 18 |
|----|----|----|

REG

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

NOME DO PACIENTE

Daniela Teixeira Costa

IDADE

29a

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

01/01/89

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Mãe do Saborro Sousa Teixeira

ENDEREÇO

Av. do Bafão dos Padres

BAIRRO

MUNICÍPIO

Itamarajá

PRÉ-CONSULTA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, com fratura de osso nasal, sangramento nasal. Hematoma periorbital. Sem trauma aparente em outros regiões. Não observe otorrhea.

ECG 15.

Nega outras queixas.

Declaração de Inexistência de IMI



cd = encaminhado p/ hospital de referência.

Fogo ortopédico EV.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

fratura exposta de osso nasal. + TC de face.

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

AMB. RETORNO

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Eliayla Cruz  
Médica  
CRM 12.347

ASSINATURA DO MÉDICO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA

RG nº 2001098028862

Data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão ESP. ec.

CPF nº 021.582.953-09

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 "T26"



|                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Prça) | ANTONIO IVO DOS SANTOS          |
| Número                        | 117                             |
| Apto / Complemento            | 200A                            |
| Bairro                        | ESPERANCA                       |
| Cidade                        | IRAUCUBA                        |
| Estado                        | CE                              |
| CEP                           | 62820000                        |
| Telefone de Contato           | (085) 9.9202.4141 / 9.9906.1911 |
| E-mail                        | — / —                           |

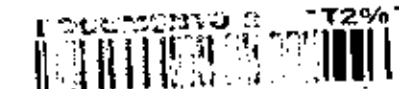
**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI **30 JAN 2017**

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

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data: Irara, ce 04/02/16

Assinatura do Declarante: X FRANCISCO SILVANO DUTRA



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:56:37

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:56:37

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRA

RG nº 2804098028862

Data de expedição: 14/06/2016, Orgão: 2804098028862

CPF nº 1021582953-09, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:56:37

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Prça) | ANTONIO IVÓ DOS SANTOS               |
| Número                        | 117                                  |
| Apto/Complemento              | LAMA                                 |
| Bairro                        | ESPERANCA                            |
| Cidade                        | ITRAUCUBA                            |
| Estado                        | CE                                   |
| CEP                           | 62620000                             |
| Telefone de Contato           | (85)-9.9906.4141 / 9.9906.1911       |
| E-mail                        | alexandre.queiroz@itracuba.ce.gov.br |

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A

RECIBO 05 FEV 2016

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:56:37

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:56:37

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data:

Assinatura do Declarante: FRANCISCO SILVANO DUTRA

CÓPIA

**6726056-0**  
Para obter seu atendimento, utilize o nº acima  
acompanhado com o cartão de crédito.

Fora da rede de distribuição  
Foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Álvares, 150  
CEP 60035-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | OGF 06.005.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 453184311**  
Nota: 05 34090 02 090300 - 7 Data de Emissão: 10/11/2016  
Nome: MARIA LIDIANE CRUZ CAVALCANTE  
End. Postal: RU - ANTONIO IVÓ DOS SANTOS - 63000  
ESPERANCA - IRAUCUBA - 62620000  
Medidor: 5318453 Poste: 0000 0000  
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência: 0,00  
RG / CPF / CNPJ: 011987853-35 CGF:

| DADOS                 |                      |                  | ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO       |          |              |
|-----------------------|----------------------|------------------|-------------------------------------------|----------|--------------|
| Mês de Referência     | Data de Apresentação | Próxima Letra    | Volta e frequência no período desta conta | Contante | Índice       |
| Nov/2016              | 10/11/2016           | 12/12/2016       | Índice                                    | Set/2016 | Índice 15,25 |
| ÍNDICE                |                      |                  | Índice de Qualidade do Fornecedor         |          |              |
| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota             | Valor do Imposto | Índice                                    | Índice   | Índice       |
| 44,43                 | 27,00%               | 11,99            | Índice                                    | Índice   | Índice       |

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Let. Atual | Let. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Int. | Const. Ext. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|------------|---------------|--------|---------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| 4526       | 4464          | 1,00   | 62            | 0,00        | 62          | 0,71671          | 44,43       |

10/11/16 11/10/16 30 dias 62 44,43

**VALOR CONSUMO DO MES** 44,43  
**QUOTA PARCELAMENTO 2/6** 26,97  
**MULTA MORATORIA REF 10/2016** 1,03  
**ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL** 9,15  
**ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES (R\$ 0,45)**

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI 30 JAN 2017

**AVANÇAMENTO 10/11/2016** **TOTAL A PAGAR (R\$) 81,58**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                            |              |    |    |    |    |     |   |   |   |    |    |    |    |    |
|----------------------------|--------------|----|----|----|----|-----|---|---|---|----|----|----|----|----|
| Energia                    | 19,24        | 61 | 62 | 72 | 68 | 155 | 0 | 0 | 0 | 66 | 36 | 66 | 77 | 83 |
| Transmissão                | 0,48         |    |    |    |    |     |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Distribuição               | 0,78         |    |    |    |    |     |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Encargos Setoriais         | 3,37         |    |    |    |    |     |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 14,64        |    |    |    |    |     |   |   |   |    |    |    |    |    |
| <b>TOTAL</b>               | <b>44,43</b> |    |    |    |    |     |   |   |   |    |    |    |    |    |

**CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

| Consumo | Emissões | Consumo | Emissões |
|---------|----------|---------|----------|
| 26,80   | 0,00     | 0,00    | 0,00     |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

Prezado Cliente, a notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica (Prezado Cliente, constata) em nossos controles contábeis em atraso. Devido a falta de pagamento do Débito, o recuo referente da dívida indica a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173. Para obter o aviso das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CANTINHO DE PROTESTO. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Conta desta fatura R\$ 2,65 referente a PIS e COFINS.  
Anexo: 9 PIS - 100/2005 - ANEEL e Anexo n. 10, 607/02 e 10, 633/02

bandeira para o mês de novembro e anarela, com custo de R\$ 1,50 e cada 100 kWh (quilowatt-hora) consumidos. Mais informações em WWW.ANEEL.GOV.BR

Nº do Cliente: 6726056-0 Referência: Nov/2016  
Data de Emissão: 10/11/2016 Total a Pagar (R\$): 81,58  
Nº da Nota Fiscal: 453184311 Nº do Contrato: 0006220056 00010 39102 10  
8384000000-6 81580031000-3 00067260560-0 0019391956-2

**Cagece** Fatura Avulsa

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
 Endereço: RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS. DA ESPERANCA  
 Cidade: IRAUCUBA  
 Data Leitura: 11/02/2017  
 Endereço de Entrega da Fatura:

CPF/CNPJ do Cliente: 021.562.953-09  
 Cap: 62.620-000

**INSCRIÇÃO DO CLIENTE**  
 2996801-1

**MODIFICACAO**  
 035.001.00.130.00.0170.0000.0

**VALIDADE**  
 10/2013 14/01/2016

**CONSUMO**  
 000 000 000 000

**CONTADOR DO CLIENTE**

| Mês/Ano  | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|----------|-----------|-------------|
| OUT/2013 | 1.0       | 0.0         |

| DESCRIÇÃO              | PARCELAS | VALOR (R\$) |
|------------------------|----------|-------------|
| MULTA DE 2%            |          | 0,46        |
| JUROS DE 0,033% AO DIA |          | 2,91        |
|                        |          | 56,37       |

Autenticação mecânica com 2D

11:56:37

**Cagece** Fatura Avulsa

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
 Endereço: RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS. DA ESPERANCA  
 Cidade: IRAUCUBA  
 Data Leitura: 11/02/2017  
 Endereço de Entrega da Fatura:

CPF/CNPJ do Cliente: 021.562.953-09  
 Cap: 62.620-000

**INSCRIÇÃO DO CLIENTE**  
 2996801-1

**MODIFICACAO**  
 035.001.00.130.00.0170.0000.0

**VALIDADE**  
 14/01/2016

**CONSUMO**  
 000 000 000 000

**CONTADOR DO CLIENTE**

| Mês/Ano  | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|----------|-----------|-------------|
| OUT/2013 | 1.0       | 0.0         |

Autenticação mecânica com 2D

11:56:37

82620000000-6 24390009000-8 02996801101-4 01003633026

CC-PRÉV SEGUROS  
 24,39

MEDEB 05 FEV 2018

Nome:

CÓPIA

CC-7A

DOCUMENTO 1 \*T196\*


**SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO**

CNPJ: 07.544.786/0001-57

Insc. Est.: ISENTO

0001789.5

PAR 100 R-1 001 01709/98 160089677. 15/09/2016 SET/2016

 IDENTIFICACAO DO CONSUMIDOR  
 JOSE IRAN TELCEIRA MATOS  
 RUA TAB. CLOVES B. FIRMEZA, 62  
 ESSENERO GOMES  
 ITAPAJE
Cep: 62.600-000  
CEARA

00.00.02.0000013020

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZACAO

**HIDROMETRIA**

 HIDROMETRO  
 ATIG/20162  
 DATA INSTALACAO  
 15/07/2015  
 LECTURA ANTERIOR  
 00107  
 DATA LECTURA  
 08/08/2016  
 LECTURA ATUAL  
 00451  
 DATA LECTURA  
 07/08/2016  
 CONTUO  
 00034  
 DIAS DE CONSUMO  
 Ocorrencia  
 LECTURISTA

**SERVICOS E TARIFAS**

| COO. | DESCRIÇÃO                      | CT | PREST. | VALOR  |
|------|--------------------------------|----|--------|--------|
| 001  | TARIFA DE AGUA                 |    |        | 204,11 |
| 005  | FELIGACAO - 24/08/2016         |    |        | 10,23  |
| 009  | 2ª VIA de JUN/2016 em 23/08/16 |    |        | 3,80   |
| 016  | Multa por Atraso - 06/2016     |    |        | 3,33   |

**ULTIMOS CONSUMOS**

| PERÍODO | CONSUMO | DATA | CONSUMO | DATA  |
|---------|---------|------|---------|-------|
| MAI/16  | 00039   | 000  | JUN/16  | 00042 |
| JUN/16  | 00043   | 000  | JUL/16  | 00044 |
| AGO/16  | 00035   | 000  | AUG/16  | 00031 |

**PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA**

| Parâmetro    | Cor    | pH     | Cloro | Turbidez | Rij  | Os Res |
|--------------|--------|--------|-------|----------|------|--------|
| Reservatório |        |        |       |          |      |        |
| Posto        | #91281 | 50±0,5 | #0,0  | #4,0     | #1,0 | #1,0   |
| Outros       |        |        |       |          |      |        |

BAAE: 3346 0188

MÚLTIPLA 24 4,59 ENCARGOS CÂMBIO 22 0,01

AGRADEÇA SUA PORTUALIDADE

VENCIMENTO

10/10/2016

VALOR R\$

229,47

 COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRARG nº 2001098028862Data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão SP. CECPF nº 021.582.953-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | ANTONIO IVO DOS SANTOS          |
| Número                         | 117                             |
| Apto / Complemento             | lata                            |
| Bairro                         | ESPERANÇA                       |
| Cidade                         | IRAUCUBA                        |
| Estado                         | CE                              |
| CEP                            | 62620000                        |
| Telefone de Contato            | (085) 9.9202.4141 / 9.9906.1911 |
| E-mail                         | — / —                           |

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2015

Nome: 14Por ser verdade, firmo-me. Local e Data: Man. ce 04/02/16Assinatura do Declarante: X Francisco Silvano Dutra



**Cagece**  
Companhia  
de Água e Esgoto  
de Curitiba

Av. Lúcio Vieira Chaves, 1030 - Vila União CP 1154 - Curitiba - PR - CEP: 80.420-220  
CNPJ: 07.600.000/0001-97 | C.E.S.: 0800.0333-11  
Atendimento ao Cliente: 0800.275.0195 | E-mail: atendimento@ Cagece.pr.gov.br

**Fatura Avulsa**

**INSCRIÇÃO/CLIENTE**

2996801-1

**DADOS DO CLIENTE**

Nome:  
**FRANCISCO SILVANO DUTRA**

CPF/CNPJ do Cliente:  
**021.582.953-09**

Endereço:  
**RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS. DA ESPERANCA**

Cidade:  
**IRAUCUBA**

Cep:  
**62.620-000**

Data Leitura:      Leitura Atual:

Leitura Anterior:

Endereço de Entrega da Fatura:

**CODIFICAÇÃO**

035.001.00.130.00.0170.0000.0

**MÊS/ANO**

10/2013

**EMISSÃO**

14/01/2016

**SEGUNDARIA**

RESIDENCIAL 001 COMERCIAL 000 INDUSTRIAL 000 PÚBLICA 000

**HISTÓRICO DE VENCIMENTOS**

| Mês/Ano  | Água (m³) | Esgoto (m³) |
|----------|-----------|-------------|
| OUT/2013 | 1.0       | 0.0         |

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

| DESCRIÇÃO              | PARCELAS | VALOR (R\$) |
|------------------------|----------|-------------|
| MULTA DE 2%            |          | 0,48        |
| JUROS DE 0,033% AO DIA |          | 23,91       |

**VENCIMENTO**

14/01/2016

**VALOR TOTAL (R\$)**

24,39

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

Cliente

Assinatura representante



**Cagece**  
Companhia  
de Água e Esgoto  
de Curitiba

Av. Lúcio Vieira Chaves, 1030 - Vila União CP 1154 - Curitiba - PR - CEP: 80.420-220  
CNPJ: 07.600.000/0001-97 | C.E.S.: 0800.0333-11  
Atendimento ao Cliente: 0800.275.0195 | E-mail: atendimento@ Cagece.pr.gov.br

**Fatura Avulsa**

**INSCRIÇÃO/CLIENTE**

2996801-1

**DADOS DO CLIENTE**

Nome:  
**FRANCISCO SILVANO DUTRA**

CPF/CNPJ do Cliente:  
**021.582.953-09**

Endereço:  
**RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS. DA ESPERANCA**

Cidade:  
**IRAUCUBA**

Cep:  
**62.620-000**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

**CODIFICAÇÃO**

035.001.00.130.00.0170.0000.0

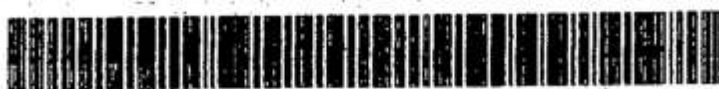
**VENCIMENTO**

14/01/2016

CCMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2016

82620000000-6 24390009000-8 02996801101-4 01003633025-5



Nome:

15

531918019

**Data de Emissão** 05/07/2018

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

| Conjuntos | Índice     |           |           |            |           |           |
|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
|           | Ma. 2018   |           |           | Base 24,28 |           |           |
|           | Febr. 2018 | Mar. 2018 | Apr. 2018 | Febr. 2018 | Mar. 2018 | Apr. 2018 |
| OIC       | 10,44      | 20,80     | 41,75     | 0,00       | 9,00      | 8,00      |
| FCI       | 7,52       | 15,04     | 30,09     | 0,00       | 0,00      | 8,00      |
| DMIC      | 5,58       |           |           | 0,00       |           |           |

**CONCLUSION**

| Com. Int. | Com. Ext. | Tarifa (R\$/kW) | Valor (R\$) |
|-----------|-----------|-----------------|-------------|
| 0,00      | 145       | 2.419,8         | 60,76       |
| 145       | --        |                 | 60,76       |

( R\$ 7,69 )

| HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 142                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 145                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 141                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 145                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 148                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 143                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 143                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 169                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 151                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 116                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 164                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 89                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MED Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Ago Set Out Nov Dez<br>Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Ago Set Out Nov Dez |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Consumo Consistente - Emissões de CO <sub>2</sub> (t/ano) |                                  |                                           |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica   |                                  |                                           |
| Emitido kg (CO <sub>2</sub> )                             | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensação Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
| 56.61                                                     | 0.00                             | 0.00                                      |

POSSUI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MÍDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414  
Consta desta fatura R\$ 3,53 ref. ante a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,38%  
Data: 9 Dez. 1999 - ANEXO 1 de 1 n. 10.637/02 e 10.833/03

[illegible]

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS, portador(a) do

RG nº 277233987, expedido por SAO PAULO, em

03/02/99 CPF/CNPJ nº 135.813-668-86

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) FRANCISCO SILVANO DUTRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima FRANCISCO SILVANO DUTRA e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusar Renda Mensal: R\$ Recusar

Documentos comprobatórios: Recusar

JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

|  |                                                                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Reconheço por <input type="checkbox"/> semelhança <input checked="" type="checkbox"/> autenticidade                           |
|  | a(s) firma(s) <u>JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS</u>                                                                                 |
|  | Data: 16.11.2016                                                                                                              |
|  | ( ) BELA CLAUDIA REGINA NOGUEIRA - TITULAR<br>( ) PEDRO RODRIGUES LIMA - SUBSTITUTO<br>( ) RAIMUNDO SANTANA LIMA - ESCRIVENTE |

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. |             |
| RECEBI                             | 30 JAN 2017 |
| Nome: _____                        |             |





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO MESQUITA MOTA,  
 RG nº 1935132-90, data de expedição 20/10/2010  
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 15320732230, com  
 domicílio na cidade de IRAUCUBA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
FAZENDA LAGOA DAS PEDRAS, nº 2760  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima DANILO TEIXEIRA MOTA, cujo o condutor era  
DANILO TEIXEIRA MOTA.

Veículo: MOTO  
 Modelo: HONDA CG 180 FAN  
 Ano: 2017/2018  
 Placa: POL 9671  
 Chassi: 9C2KCC2200TR131511  
 Data do Acidente: 22/07/2018  
 Local e Data: IRAUCUBA - CE 03/09/2018

CARTÓRIO  
NOGUEIRA

Cicero Mesquita Mota  
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



|                           |                                                                                       |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | Reconheço por                                                                         |
|                           | <input checked="" type="checkbox"/> autenticidade <input type="checkbox"/> semelhança |
|                           | a(s) firma(s) <u>CICERO MESQUITA MOTA</u>                                             |
|                           | <u>IRAUCUBA</u>                                                                       |
| 02                        | 05/SET. 2018                                                                          |
| CARTÓRIO NOGUEIRA         | CLÁUDIA REGINA NOGUEIRA                                                               |
| VEN. ACIDENTE: 03/09/2018 | TITULAR                                                                               |

Raimundo Santana Lima  
 SUBSTITUTO



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

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

## RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco Silvano OLIVEIRA

vítima de acidente de trânsito, em 11/01/2016, sofreu:

maus tratos no tornozelo e  
entorse com fratura  
C17 - 593.4 590.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Imobilização do membro  
medicação  
fio tensoencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Dois defeitos na  
articulação do tornozelo  
permanente

função da vida

Inutilidade de 100% da função

na mobilidade da vida

permanente

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Filiado

  
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
CREMEC 4411

PSF SEDE I - ESPERANÇA


**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE IRAUCUBA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ATESTADO MÉDICO**
ATESTO que o Segurado *Francisco Edvardo Daltro*

Portador da Carteira Profissional nº.

Série *2800603* necessita de *05 (cinco)*

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID - M76.8

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUCUBA

Hospital ou Ambulatório

*Irauçuba 11-01-16*

Localidade e data

*[Signature]*  
Ass. Do Médico  
Francisco Edvardo Daltro  
RPM: 2300603  
CPF: 062.744.901-88

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI

30 JAN 2017

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

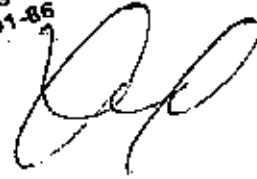
Plano 51/59 MP

- Amoxicilina 2/  
rep 12/12 hrs.

- Ibuprofeno (Cecor) 15  
rep 8/8 hrs.

11/1/16

Irosalms Lopez Yaque  
Médica  
RMS: 2300603  
CPF: 067.744.901-86



|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| COMPREV SEGUROS<br>E PREVIDÊNCIA S/A. |             |
| RECEBI                                | 30 JAN 2017 |
| Nome: _____                           |             |



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

*Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil*



**RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório**

*P/ Francisco Soares Dantas*

*no outo*

*01/05/14*

*Prescrição de up 10 de 12162, 254*

*Dr. Rauli Carlos Medeiros*  
*Médico*  
*CREMEC 14314*

*11/10/14*

cód. 1783

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PSF PARA HOSPITAL

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar o consulto ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

José R. Mota

ADS:

Município:

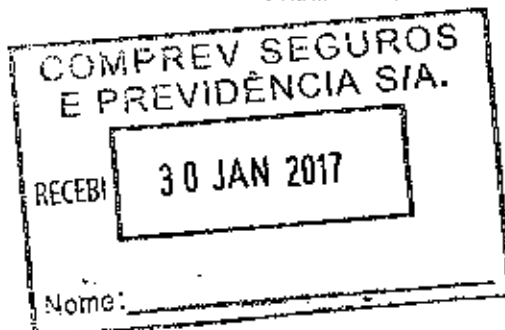
Irauçuba

|           |                                                                  |                     |                 |
|-----------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
| Nome:     | <u>Franciano Gekiano Daltro</u>                                  | Prontuário Nº:      |                 |
| Sexo:     | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Data de Nascimento: | <u>04/09/59</u> |
| Ocupação: |                                                                  |                     |                 |
| Endereço: | <u>Rua São João, Bairro Esperança</u>                            |                     |                 |

|                            |                                                                   |              |  |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| Motivo do Encaminhamento:  | <u>Paciente vítima de queda de moto. Apresentando dor intensa</u> |              |  |
| Resultados de Exames:      | <u>e Edema tornozelo Esquerdo</u>                                 |              |  |
| Conduta já Realizada:      |                                                                   |              |  |
| Impressão Diagnóstica:     | <u>Entorse de Esquerdo</u>                                        |              |  |
| Assinatura do Encaminhado: | Registro                                                          | Função       |  |
| <u>[Assinatura]</u>        | <u>11.03.16</u>                                                   | <u>11:55</u> |  |
|                            | Data                                                              | Hora         |  |

|                                                  |                              |                              |  |
|--------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Proposta de Conduta Para Seguimento:             |                              |                              |  |
| O Problema Justificou Referência?                | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |  |
| O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |  |
| Assinatura do Consultante - Nº. Registro         | Função                       |                              |  |
|                                                  |                              |                              |  |
|                                                  |                              |                              |  |

Global Gráfica (R&B) 3213, 1377



# Ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PSF PARA HOSPITAL

1. Presenciar este Ato em 3 vias - 2. Ao receber a consulta ou  
exame, entregar as 2 vias ao médico, orientando-se para  
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem: João R. Mota

ADS: \_\_\_\_\_

Município: Irauçuba

|                                                                                                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nome: <u>FRANCISCO GILVANO DUTRA</u>                                                                       | Prontuário Nº: _____     |
| Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data de Nascimento: <u>04/03/58</u> | Residência: _____        |
| Endereço: <u>Rua São João</u>                                                                              | Bairro: <u>Esperança</u> |

|                                                           |                 |               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de queda</u> |                 |               |
| <u>de moto apresentando dor intensa</u>                   |                 |               |
| Resultados de Exames: <u>e Exame Torax Esquerdo</u>       |                 |               |
| <u>debuta Rx - Torax "E" urgente.</u>                     |                 |               |
| Conduta já Realizada: _____                               |                 |               |
| Impressão Diagnóstica: <u>Enforce PE Esquerdo</u>         |                 |               |
| Assinatura do Engenheiro: _____                           | Registro: _____ | Função: _____ |
| <u>11.03.16</u>                                           | <u>11:55</u>    |               |
| Data                                                      | Hora            |               |

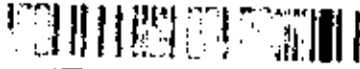
|                                                                                                            |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Proposta de Conduta Para Seguimento: _____                                                                 |               |
| O Problema Justificou Referência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                |               |
| O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |               |
| Assinatura do Consultante - Nº. Registro: _____                                                            | Função: _____ |

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEBI

30 JAN 2017

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



ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:48:55

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:48:55



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAUCUBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PSF PARA HOSPITAL

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:48:55

1. Apresentar com foto em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou  
2. Encerrar a consulta, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o para  
3. Retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

ADS:

30/01/2017 11:48:55

Município: Traucuba

|                                                                                                     |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Nome: Francisco Gelbano Dutra                                                                       | Prontuário Nº: |
| Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data de Nascimento: 04/09/29 | Profissão:     |
| Endereço: Av. 200 Santa Bárbara Bairro: Esperança                                                   |                |

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:48:55

|                                                                              |                      |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Motivo do Encaminhamento: Paciente com trauma de quadril                     |                      |
| Resumo do Exame: Apresentação de dor intensa e edema tornozelo e pé esquerdo |                      |
| Conduta já Realizada: Rx - tornozelo e pé esquerdo                           |                      |
| Impressão Diagnóstica: Enfraca de pé esquerdo                                |                      |
| Assinatura do Encaminhado: [Assinatura]                                      | Função: [Assinatura] |
| Assinatura do Encaminhado: [Assinatura]                                      | Função: [Assinatura] |

|                                                                                                            |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Proposta de Conduta Para Seguimento: [Assinatura]                                                          | RECEB U 5 FEV 2016 |
| O Problema Justificou Referência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                | 3                  |
| O Motivo da Referência Coincide com Diagnóstico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | NOTE:              |

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:48:55

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:48:55

CÓPIA

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PSF PARA HOSPITAL

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

Unidade Originária: João Pinheiro Município: Irauçuba  
ADS: 30/01/2017 11:50:32

Nome: Francisco Gilvano Dutra Prontuário Nº: 1153  
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/03/79 Ocupação: Assistente Social  
Endereço: Av. São Expedito, Bairro Esperança

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

Motivo do Encaminhamento: Paciente U. Pinheiro queiroz  
Edema torácico  
Resultados de Exames: Exame torácico  
Exame Rx - torácico e urgente  
Conduta já Realizada: Enforce de Esquerdo  
Impressão Diagnóstica: Enforce de Esquerdo  
Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] Registro: 0906/16  
Data: 30/01/2017

Proposta de Conduta Para Seguintes: 1153  
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☒  
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☒  
Assinatura do Consultante - Nº. Registro: 0906/16  
Data: 30/01/2017

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
DATA: 05 FEV 2016  
NOME: 4

CÓPIA



CÓPIA

## FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DATA: 11.11.16

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                     |                                                                                                                                                         |                  |            |                     |                 |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|---------------------|-----------------|
| MUNICÍPIO:          | IRACUCUBA                                                                                                                                               | BAIRRO:          | ESPERANÇA  | DISTRITO SANITÁRIO: | 2102            |
| UNIDADE DE SAÚDE:   | VILA                                                                                                                                                    |                  |            |                     |                 |
| NOME DO USUÁRIO:    | FRANCISCO GILVANO DUTRA                                                                                                                                 |                  |            |                     |                 |
| SEXO:               | M                                                                                                                                                       | DATA NASCIMENTO: | 04.09.1979 | ESTADO CIVIL:       | 3112            |
| NATURALIDADE:       | STANCAUBA                                                                                                                                               |                  |            |                     |                 |
| PROFISSÃO:          | VIGILANTE                                                                                                                                               |                  |            |                     |                 |
| PAT:                | MARCELO OLIVEIRA DUTRA                                                                                                                                  |                  |            |                     |                 |
| MÃE:                | MARIA CECILIA DUTRA                                                                                                                                     |                  |            |                     |                 |
| ENDEREÇO:           | RUA JOÃO DOS SANTOS                                                                                                                                     |                  |            |                     | Nº PES. NO DOM: |
| RENDIMENTO FAMILIAR | <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 SM <input checked="" type="checkbox"/> 1-3 SM <input type="checkbox"/> 3-6 SM <input type="checkbox"/> MAIS DE 6 SM |                  |            |                     |                 |

## II - ANAMNESE

|                                      |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - ANTECEDENTES PESSOAIS            |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE  | <input type="checkbox"/> DIFTERIA                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLA     | <input type="checkbox"/> SARAMPO                                                                                                                        |
| OUTROS:                              | <input type="checkbox"/> HANSENÍASE<br><input type="checkbox"/> TUBERCULOSE<br><input type="checkbox"/> POLIOMIELITE                                    |
| 2 - AGRAVOS DE RISCO                 |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO  | <input type="checkbox"/> ALERGIA                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> D. MENTAL   | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> TABAGISMO                                                                                                                      |
| OUTROS:                              | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA<br><input type="checkbox"/> HEMOFILIA<br><input type="checkbox"/> DIABETES<br><input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO |
| 3 - ANTECEDENTES FAMILIAIS           |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> CÂNCER      | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> HEMOFILIA   | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO                                                                                                                    |
| OUTROS:                              | <input type="checkbox"/> DIABETES<br><input type="checkbox"/> TUBERCULOSE<br><input type="checkbox"/> HANSENÍASE                                        |

## III - VACINAÇÕES

| TIPOS | A. PÓLO | TRÍPLICE | RTA. SARAMPO | B.C.G. | A. TETÂNICA |
|-------|---------|----------|--------------|--------|-------------|
| DATA  |         |          |              |        |             |
|       |         |          |              |        |             |
|       |         |          |              |        |             |
|       |         |          |              |        |             |

## IV - ODONTOGRAMAS

|          |      |                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1º EXAME | DATA | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>DIREITO</b><br/> </div> <div> <b>ESQUERDO</b><br/> </div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |      |                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2º EXAME | DATA | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>DIREITO</b><br/> </div> <div> <b>ESQUERDO</b><br/> </div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |      |                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º EXAME | DATA | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>DIREITO</b><br/> </div> <div> <b>ESQUERDO</b><br/> </div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |      |                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OBS.: EM AZUL, SERVIÇOS ENCONTRADOS; EM VERMELHO, OS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS.

ASL-0070903/16  
alex  
30/01/2017

ASL-0070903/16  
alex  
30/01/2017 11:50:32



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filial da Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Dr. João de Sá  
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550  
Fone: (85) 3112-0400 - Fax: (85) 3613-1808  
CNPJ: 07.616.313/0001-09 - CGF: 05.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

ASL-0070903/16  
alex  
30/01/2017

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
RECIBO 05 FEV 2016  
7

ASL-0070903/16  
alex  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070903/16  
alex  
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A  
11:50:32  
RECIBO 05 FEB 2016  
8  
Nome: \_\_\_\_\_

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

11/1/16  
Instituto Copev, Yagué  
Médica  
RMS: 2300603  
CPF: 067.744.901-85

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

PSF SEDE I - ESPERANÇA

PREFEITURA MUNICIPAL  
DE IRAUCUBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Portador da Carteira Profissional nº

Série 2300603 necessita de 05 (cinco)

dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUCUBA

Hospital ou Ambulatório

Iracuba - M. 0285

Localidade e data

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

05.FEV.2016

CÓPIA

# ATO DECLARATÓRIO

4:00h



## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

UNIDADE  
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. PEDRO DE CASTRO MARINHO

SAÚDE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DIA / MÊS / ANO

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 0 | 7 | 1 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|

REG

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

NOME DO PACIENTE

Daniel Teixeira Costa

IDADE

29a

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

01/01/89

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Mãe de Socorro Costa Teixeira

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO

dição baseia dos Pais  
Piedade da Costa Teixeira

PRÉ-CONSULTA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, com fratura de osso nasal, sangramento nasal. Hematoma periorbital. Sem trauma aparente em outros membros. Não observo alterações.

ECG 15

Nega outras queixas

Documentação médica - hospital



cd = encaminhado para hospital de referência.  
Faz cateterismo EV.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

fratura exposta de osso nasal. + TC e RX.

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

AMB. RETORNO

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*(Signature)*

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Elayda Cruz  
Médica  
CRM 10.347

ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUÇUBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
PSF PARA HOSPITAL

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem: João R. Mota

ADS: \_\_\_\_\_

Município: Irauçuba

|                                                                                                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nome: <u>Francisco Silvano Dutra</u>                                                                       | Prontuário N°: _____     |
| Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data de Nascimento: <u>04/09/59</u> | Ocupação: _____          |
| Endereço: <u>Rua São Santos</u>                                                                            | Bairro: <u>Esperança</u> |

|                                                                                             |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de queda de moto, apresentando dor intensa</u> |                    |
| Resultados de Exames: <u>e edema tornozelo esquerdo</u>                                     |                    |
| Conduta já Realizada: _____                                                                 |                    |
| Impressão Diagnóstica: <u>Enfermeira PE Esquerdo</u>                                        |                    |
| Assinatura do Encaminhado: _____                                                            | Registro: _____    |
| Assinatura Médica: _____                                                                    | Registro: _____    |
| Assinatura: _____                                                                           | Registro: _____    |
| Data: <u>11.01.16</u>                                                                       | Hora: <u>11:55</u> |

Proposta de Conduta para Seguimento: \_\_\_\_\_

O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° . Registro

Função

Data

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 05.FEV.2016

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

[illegible]





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Dr. Francisco Soares Dantas

150 surtos

Dr. João Luiz

Dr. João Luiz de Sousa

Dr. André Carlos Medeiros  
Médico  
CREMEC 14.314

11.10.16

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 05 FEV 2016

Nome: 7

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

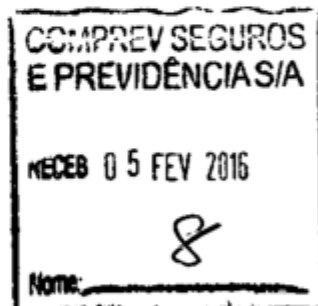
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

Plano 510920

- Amelax \_\_\_\_\_ 2/  
cep 12/12 hrs.

- Ibuprofeno (Geom) \_\_\_\_\_ 15  
cep 8/8 hrs.



11/1/16

Iroelma Lopez Yaque  
Médica  
RMS: 2300603  
CPF: 067.744.901-86

PSF SEDE I - ESPERANÇA

**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE IRAUÇUBA****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****ATESTADO MÉDICO**ATESTO que o Segurado *Francisco Edson de Duda*

Portador da Carteira Profissional nº.

Série *2300603*, necessita de *05 (cinco)*

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

*CJD - M76-8***UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUÇUBA**

Hospital ou Ambulatório

*Irauçuba 11-01-88*

Localidade e data

Ass. Do Médico

*[Signature]*  
**Iracema Lopes Yaque**  
Médica  
RMS: 2300603  
CPF: 062.744.901-88

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEB O 5 FEV 2016

Nome: 9



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
021.582.953-09

Nome  
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento  
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



DOCUMENTO 4 "T4"

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PERMITE 200109802862 DATA DE EMISSÃO 18/06/2012

NOME FRANCISCO SILVANO DUTRA

PLACAO MANOEL OTAVIO DUTRA

MARIA CELSA DUTRA

CITIZENSHIP TRAUQUA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/09/1979

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO SEDE TERMO: 2.564 FOLHA: 117 LIVRO: A

08 TRAUQUA - CE

2 VIA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

CITIZENSHIP

POLEGAR DIREITO

FRANCISCO SILVANO DUTRA

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

58F2.C9B6.00F1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

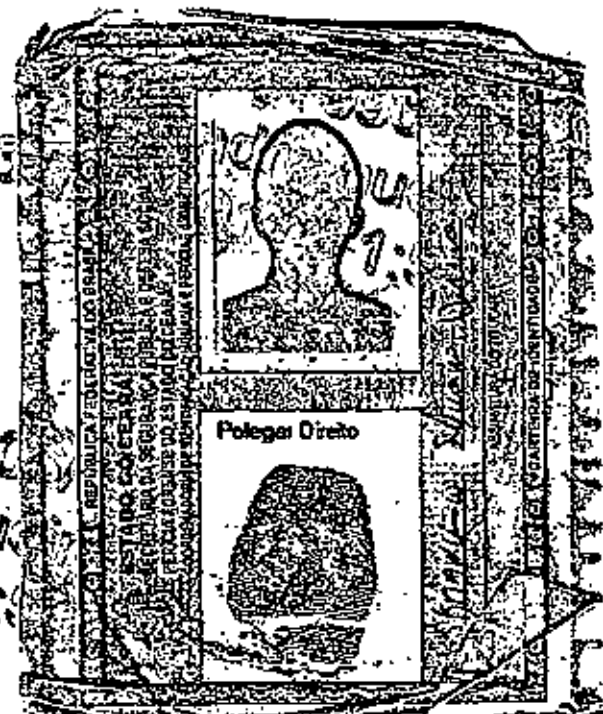
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 11:44:03 do dia 16/09/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ale  
30/01/2017



ASL-0070906/16

ale  
30/01/2017 11:50:31

ASL-0070906/16  
ale  
30/01/2017

|                                   |
|-----------------------------------|
| COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A |
| 05/01/2017                        |
| 05 FEB 05 FEB 2016                |
| 7.5/10                            |
| Nome                              |

ASL-0070906/16  
ale  
30/01/2017 11:50:31

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
58F7.C9B6.00F1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
11/09/2016 (hora e data do Brasil)  
11:45:00 do dia 18/09/2016 (hora e data do Brasil)  
dígito verificador: 00

ASL-0070906/16  
ale  
30/01/2017 11:50:31

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

Número  
021.582.953-09

Nome  
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento  
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓPIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS COMETRIAS

  
Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR  
SILVANO DA SILVA

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

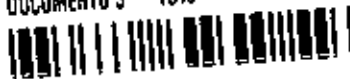


MEDEB 0 5 FEV 2016

## Norme

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 3 \*T396\*



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                  |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS PESSOAS E DA SEGURANÇA                           |                                                                              |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO                          |                                                                              |
| CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO                                |                                                                              |
| NOME<br><b>JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS</b>                         |                                                                              |
|                                                                 | DOCUMENTO / CDD / FIM / INSC / CPF<br><b>277333987</b> <b>SSP</b> <b>SP</b>  |
|                                                                 | CPF<br><b>135.813.668-85</b> DATA NASCIMENTO<br><b>14/12/1967</b>            |
|                                                                 | Relação<br><b>JOSE NANIRO TEIXEIRA MATOS</b><br><b>MARIA SIMEDE DE MATOS</b> |
|                                                                 | Residência<br><b>AD</b> <b>AD</b> <b>AD</b>                                  |
| INSCRIÇÃO<br><b>05002606020</b>                                 | VIGÊNCIA<br><b>29/06/2021</b> <b>05/08/2010</b>                              |
| Assinatura do portador<br><i>Jose Iran Teixeira Matos</i>       |                                                                              |
| LOCAL<br><b>ITAPIPOCA, CE</b>                                   | DATA EMISSÃO<br><b>07/07/2016</b>                                            |
| Assinatura do titular<br><i>Jose Iran Teixeira Matos</i>        |                                                                              |
| CDD / FIM / INSC / CPF<br><b>69043030671</b> <b>CE154183237</b> |                                                                              |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO                          |                                                                              |

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



PROTEÇÃO PLÁSTICA

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INDIANAS E PESSOAS INDÍGENAS

DANILLO TEIXEIRA MOTA

Polegar Direito

DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1989

DATA DE EXPIRAÇÃO: 08/06/2015

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL 2008010083924

DATA DE EXPIRAÇÃO 08/06/2015

NOME DANILLO TEIXEIRA MOTA

TIPO DE CÍVIL MOTA

MARIA DO SOCORRO SOUSA TEIXEIRA

DATA DE NASCIMENTO 01/01/1989

LOCAL DE NASCIMENTO FORTALEZA - CE

DOC. ORIGINAL CERT. NASCIMENTO: 02 ZONA TERMO: 171.630 FOLHA: 177

LIVRO: 4-131 FORTALEZA - CE

Ass. 24.11.15

Ass. 24.11.15

Ass. 24.11.15

CÓDIGO DE CONTROLE  
AA96.1BA2.8D63.081E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:13:05 do dia 08/12/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 047.291.163-56

Nome DANILLO TEIXEIRA MOTA

Nascimento 01/01/1989

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 23.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 5472 de 01.03.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para a execução de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONTECER INACIA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.50588.43-1

3679058

0040

CE

DANILO TEIXEIRA MOTA



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DANILO TEIXEIRA MOTA

PLACAR: CIO ERO MESQUITA MOTA

MARIA DO SOCORRO SOUSA TEIXEIRA

NASCIMENTO: 01/01/1969 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: C. 1.20061003524 12/03/2008 SSP/RS CE

LEI Nº 9.448, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF: 047.281.163-56

TIT. ELEITOR: CNIL

SEÇÃO: ZONA

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE SOBRAL/CE - 25/07/2013

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FUNÇÃO

DATA DE NASC. DO DOCUMENTO

PRVA

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

DOCUMENTO 5 "T596"

# MINISTERIO DE LA CULTURA

PH-011959479556

$$\frac{d}{dt} \left( \frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$$

아래쪽을 보면, 왼쪽부터 오른쪽으로

02156295309

9C2JC30707R082393

HOMER/CG 125 FAN

2007: 2007

## TABLE

[illegible][illegible]

|        |      |        |            |
|--------|------|--------|------------|
| 286.75 | 1.11 | 292.01 | 14/09/2015 |
|--------|------|--------|------------|

100-155555-1  
 100-155555-1  
 100-155555-1

21/09/2019

2015

view.dprzelsgo.mdot.msinfo.com, or  
SACDPVAT 662 674 1234

2015 21/09/2015

147761B1

**HONDA/CG 125 FALLO**

3

U2J6C3D7U7KUBZ393

## HEMO AFFAIRS

129.05

114-34

1193.38

q. 15

1

1292.01

44-38861-1000

1000

14/09/2015

LOT# 100-682886 / 33 LINDCREST VILLAGE  
MOTOR: JC30E7706239300014

• • • • •

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

None

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 14:41

ASL-0070906/16  
alexandre.queiroz  
30/01/2017 14:41

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011959479550

VEICULO: 90881195  
COD. RENAVAM: 000000000003  
EXERCÍCIO: 2015

FRANCISCO SILVANO DUTRA  
TRAUCUBA/CE

02158295309  
HYP6181

9C2JC30707R082393

PAS/MOTOCICLO/HMO APPLIC.  
HONDA/CG 125 FAN  
28/12CV/124CC  
PARTIC  
PRETA

2007 2007

PREMIO TARIFARIO: 286.75  
COT. REN: 1.11  
PREMIO TOTAL: 292.01  
DATA DE INGRESSO: 14/09/2015

TRAUCUBA  
14/09/2015

30/01/2017  
alexandre.queiroz  
14:41

PREV SEGUROS  
REVIDÊNCIA S/A

05 FEV 2016

CE Nº 011959479550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
02158295309  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurosbrasil.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1234

90881195  
HONDA/CG 125 FAN  
2007

9C2JC30707R082393

PREMIO TARIFARIO  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 129.04  
COT. REN: 1.11  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38  
TOTAL A RECEBER (R\$) 292.01  
DATA DE EMISSÃO: 14/09/2015

PROPRIETARIO: FRANCISCO SILVANO DUTRA  
MOTOR: JC30E79788239300001-04-3  
www.segurodpvat.com.br

CÓPIA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**
**DETRAN - CE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
**Nº 011959479550**  
**NAUA 01 908811195 0000000000 2015**
**FRANCISCO SILVANO DUTRA**  
**IRAUCUBA/CE**
**02158295309**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.**
**HONDA/CG 125 FAN**
**2P/12CV/124CC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PARTEC**
**PREV SEGUROS**  
**REVIDÊNCIA S/A**
**05 FEV 2016**
**2**
**UNO DE GATONHO, E LINDOS PESSOAS, CAUSADOS POR VEÍCULOS**  
**EXATAMENTE DE VEÍCULOS, LINDOS PESSOAS, CAUSADOS POR VEÍCULOS**  
**EXATAMENTE DE VEÍCULOS, LINDOS PESSOAS, CAUSADOS POR VEÍCULOS**
**CE Nº 011959479550 BILHETE DE SEGURO DPVAT**
**2015**
**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**02158295309 INFORMAÇÕES, LEIA BEM AS**  
**CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.dpvatsegurodotransito.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**
**EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 21/09/2015**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**02158295309**  
**908811195**  
**HONDA/CG 125 FAN**  
**9C2JC30707R082393**  
**HYT6181**
**PROPRIETÁRIO**  
**LOTE/DESENBOLHIMENTO/REPERTE**  
**MOTOR: JC30E790823933080001-04**  
**www.segurodotransito.com.br**
**2015**





## Solicitação de Reanalise

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA,

Portador (a) do RG: 2001098028862,

e CPF do nº 021.582.953.09.

Solicito a reanalise de meu processo de invalidez permanente de  
numero de sinistro 31.60092412.

Visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da  
minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim  
possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a  
MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da  
indenização.

Atenciosamente

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| COMPREV SEGUROS<br>E PREVIDÊNCIA S/A. |             |
| RECEBI                                | 30 JAN 2017 |
| Nome: _____                           |             |

STAPAJE ( ce ) 21 de DEZEMBRO de 2016

FRANCISCO SILVANO DUTRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### Outros



DANILO TEIXEIRA MOTA : 047.291.163-56

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: 25/09/2018  
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA  
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA DANILLO TEIXEIRA MOTA  
DATA DO ACIDENTE 22/02/2018 CPF DA VITIMA 047.291.163-56  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO DANILLO TEIXEIRA MOTA  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDERECO DO PORTADOR FZ LAGOA DAS PEDRAS  
Nº 0 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO ZONA RURAL  
CIDADE IBAUQUISA UF CE CEP 62620-000  
E-MAIL antonio.armando.2006@yahoo.com.br TELEFONE ( 86 ) 99.605-1704

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 18/09/2018  
IDENTIDADE 2008040083924  
ASSINATURA Danilo Teixeira Mota

DATA 18/09/2018  
NOME ILIANA TEIXEIRA  
ASSINATURA ILIANA TEIXEIRA

## Requerimento de Benefício por Incapacidade

## Comprovante do Requerimento

Requerimento: 190739026

Benefício Nº: 6243215680

Data: 10/08/2018

## Dados Do Requerimento

|                                     |                                             |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|
| NIT (PIS/PASEP):                    | 15050588431                                 |
| Nome:                               | DANILLO TEIXEIRA MOTA                       |
| Endereço:                           | LAGOA DAS PEDRAS, 5                         |
| Bairro/Município/UF/CEP:            | LAGOA DAS PEDRAS / IRAUCUBA / CE / 62620000 |
| Agência:                            | IRAUCUBA                                    |
| Endereço da Realização da Perícia:  | AVENIDA JORGE DOMINGUES 452                 |
| Bairro/Município/UF/CEP da Perícia: | CENTRO / IRAUCUBA / CE / 62620000           |
| Exame médico-parcial agendado para: | 29/08/2018:12:40                            |
| CNPJ, CGC ou CEF:                   | 01098983027141                              |
| Data do último dia de trabalho:     | 20/07/2018                                  |

## Termo de Responsabilidade

Confirmando a data do último dia de trabalho

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: / /

Assinatura

## Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
  - Documento de IDENTIDADE Original;
  - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
  - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
  - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins do salário-família, caso informado;
  - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou ligando para o número 136 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 136.



v2.13.13 - build-time 2017-12-05T16:22:38Z

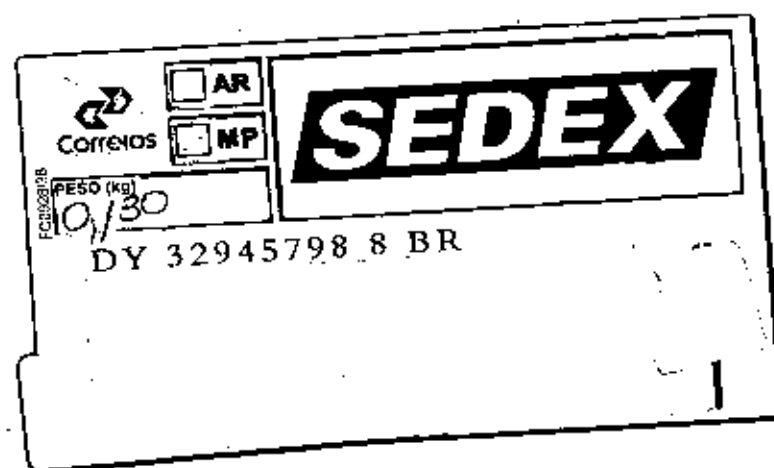
MPS | INSS

Sexta-feira, 10 de Agosto de 2018

01.098.983/0271-41  
PAQUETA CALÇADOS LTDA  
Av. Paulo Bastos, 1505  
Centro - CEP:62.600-000  
IRAUCUBA - CE

Seguradora Líder  
Rua Senador Dantas, nº 74, 15º andar  
Centro  
Rio de Janeiro - RJ  
20031-005

12 SET 2009



11 miles Tropicana photo  
Fog. Baysen das Pedro  
Zona Rural  
Granada CE  
68600-000

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Número do Sinistro: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



### 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: 05/11/2018  
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA  
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018  
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS  
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS


[Buscar no site](#)


Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE



A A

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[\(/Pages/Atalhos-de](/Pages/Atalhos-de)
[COMO PEDIR INDENIZAÇÃO](#)  
[Pedido.aspx\)](#)

Documentos Despesas

Médicas

[\(/Pages/Documentacao-](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Despesas-

Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

[\(/Pages/Documentacao-](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Invalidez-

Permanente.aspx)

Documentos Morte

[\(/Pages/Documentacao-](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

[\(/Pages/Dicas-](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensaveis-Para-

Pedir-a-

Indenizacao.aspx)

### PAGUE SEGURO

Como Pagar

[\(/Pages/Pague-](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos

Efetuados

[\(/Pages/Consulta-a-](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Pagamentos-

Efetuados.aspx)

Informações Gerais

[\(/Pages/Informacoes-](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

Gerais-Sobre-o-

Pagamento.aspx)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3180447661 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILO TEIXEIRA MOTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER

DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF/CNPJ: 04729116356

Posição em 08-10-2018 13:26:53

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição                         | Tipo   | Status       | Nome |
|-----------------------------------|--------|--------------|------|
| Declaração de Inexistência de IML | Vítima | Não Conforme |      |

SEGURADORA LIDER DPVAT - OF2 30-OUT-2018 17:01 518234 14



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DAVILLO TEIXEIRA MOTA  
DATA DO ACIDENTE 23.10.2018 CPF DA VÍTIMA 047.291.163-56  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR FARZ LAGOA DAS PEDRAS  
Nº 34 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO ZONA RURAL  
CIDADE PARAGUARI UF PR CEP 62620-000  
E-MAIL DAVILLOTEIXEIRA.MOTA.2017@GMAIL.COM TELEFONE (88) 99287-2959  
COM (88) 3635-1209

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

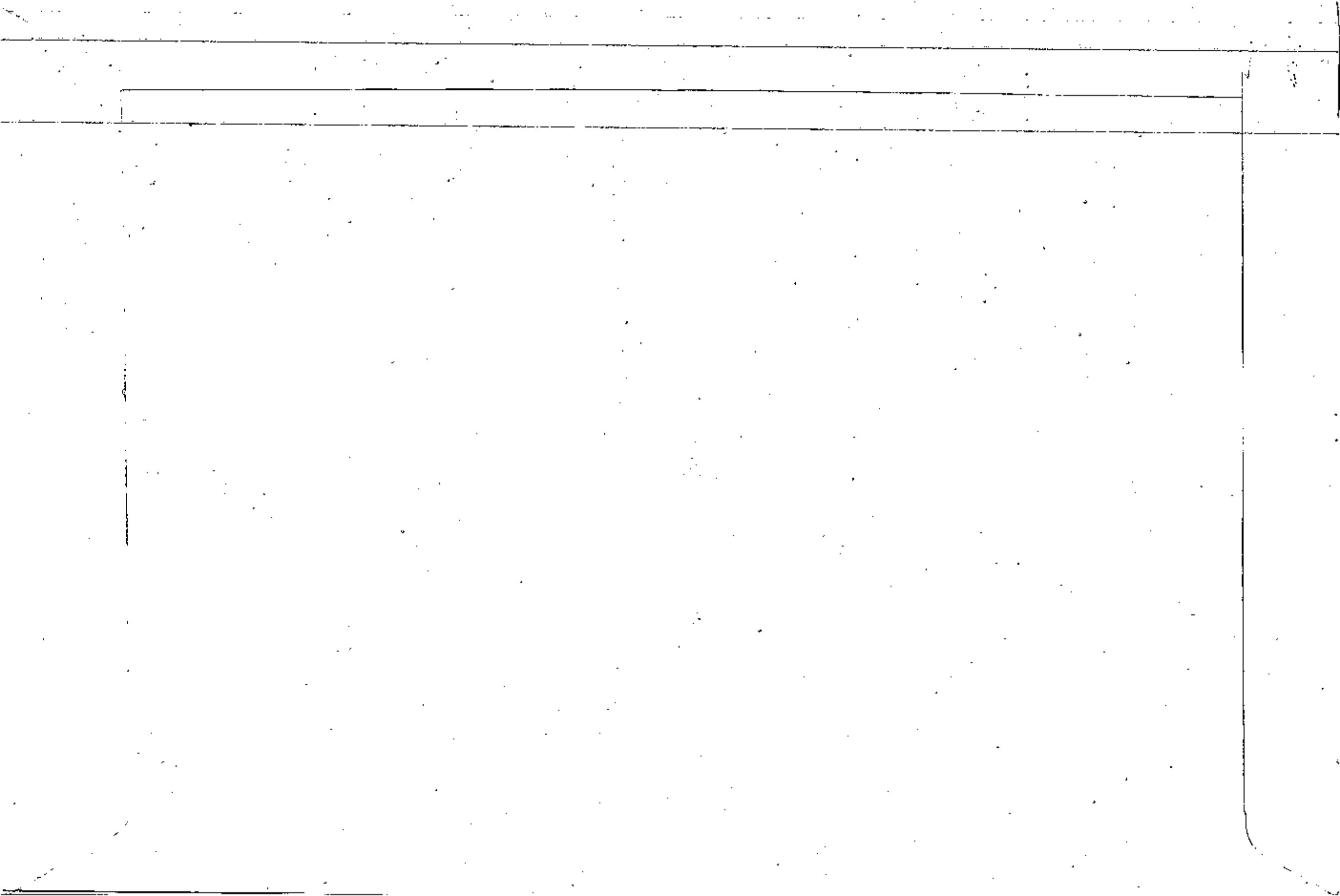
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.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

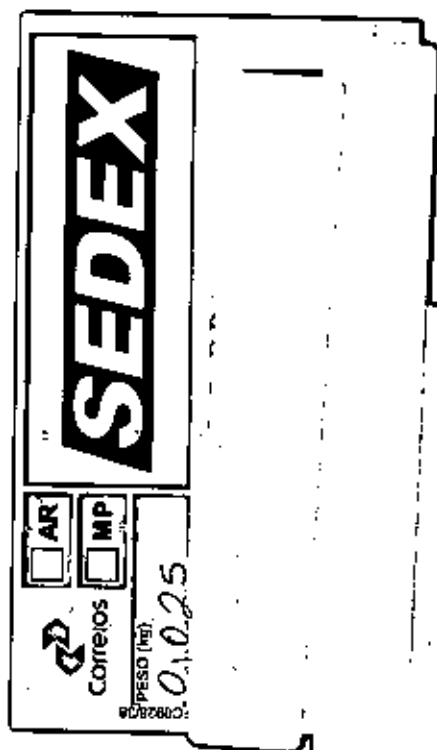
### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23.10.2018  
IDENTIDADE 2003010083904  
ASSINATURA Paulo Teixeira Mota

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23.10.2018 MATR. CORREIOS 8181396-1  
NOME REZARDO BRAGA DE ALEAGREZ  
ASSINATURA Rezardo Braga de Aleagres



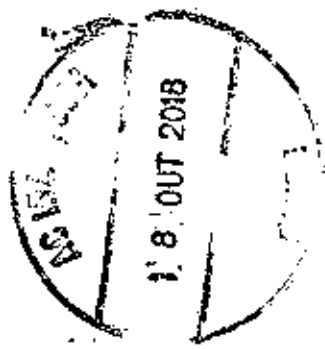


SEGURADORA LÍDER

RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO

RIO DE JANEIRO – RJ

20031-205



DANILO TEIXEIRA MOTA

FAZ. LAGOA DAS PEDRAS, 0

ZONA RURAL

IRAUCUBA – CE

62620-000

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Número do Sinistro: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar  
Outros

### 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 cancela 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: 02/01/2019  
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA  
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS  
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Outros





Seguradora  
**LÍDER**  
Atende a todos os Seguros DPVAT

(1)

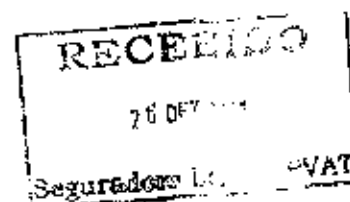
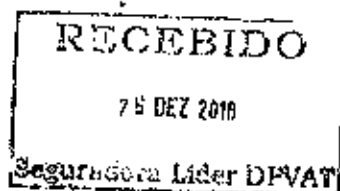
Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRFNSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados; parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3180447661 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILO TEIXEIRA MOTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF/CNPJ: 04729116356

Posição em 29-11-2018 13:22:02

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada q

| Descrição                        | Tipo   | Status       | Nome |
|----------------------------------|--------|--------------|------|
| → Documentação médico-hospitalar | Vítima | Não Conforme |      |

| Histórico das correspondências enviadas |                      |                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data da Carta                           | Referência           | Ver Carta                                                                                                                                           |
| 20/11/2018                              | Exigência Documental | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pax8DEtui+mWxZxIW6OGywapi_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxyi2ZgSI0u3x8fdB2xvFH__g=)   |
| 09/10/2018                              | Exigência Documental | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/9+Fak__t0xdwCS4c0wllG2api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxyi2ZgSI0u3x8fdB2xvFH__g=)   |
| 09/10/2018                              | Aviso de Sinistro    | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/igsgus0klcjLQx8m+jqzrA==api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxyi2ZgSI0u3x8fdB2xvFH__g=) |

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Paulo Ferreira Moura

DATA DO ACIDENTE 22/10/2012

CPF DA VITIMA 042.291-163-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENFEREÇO DO PORTADOR Luiz da Silva

Nº 15 COMPLEMENTO vila moura BAIRRO Campinas

CIDADE Itapicoba UF CE CEP 63620-000

E-MAIL Paulo.ferreira.moura@ig.com.br TELEFONE (82) 931055023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/12/2012

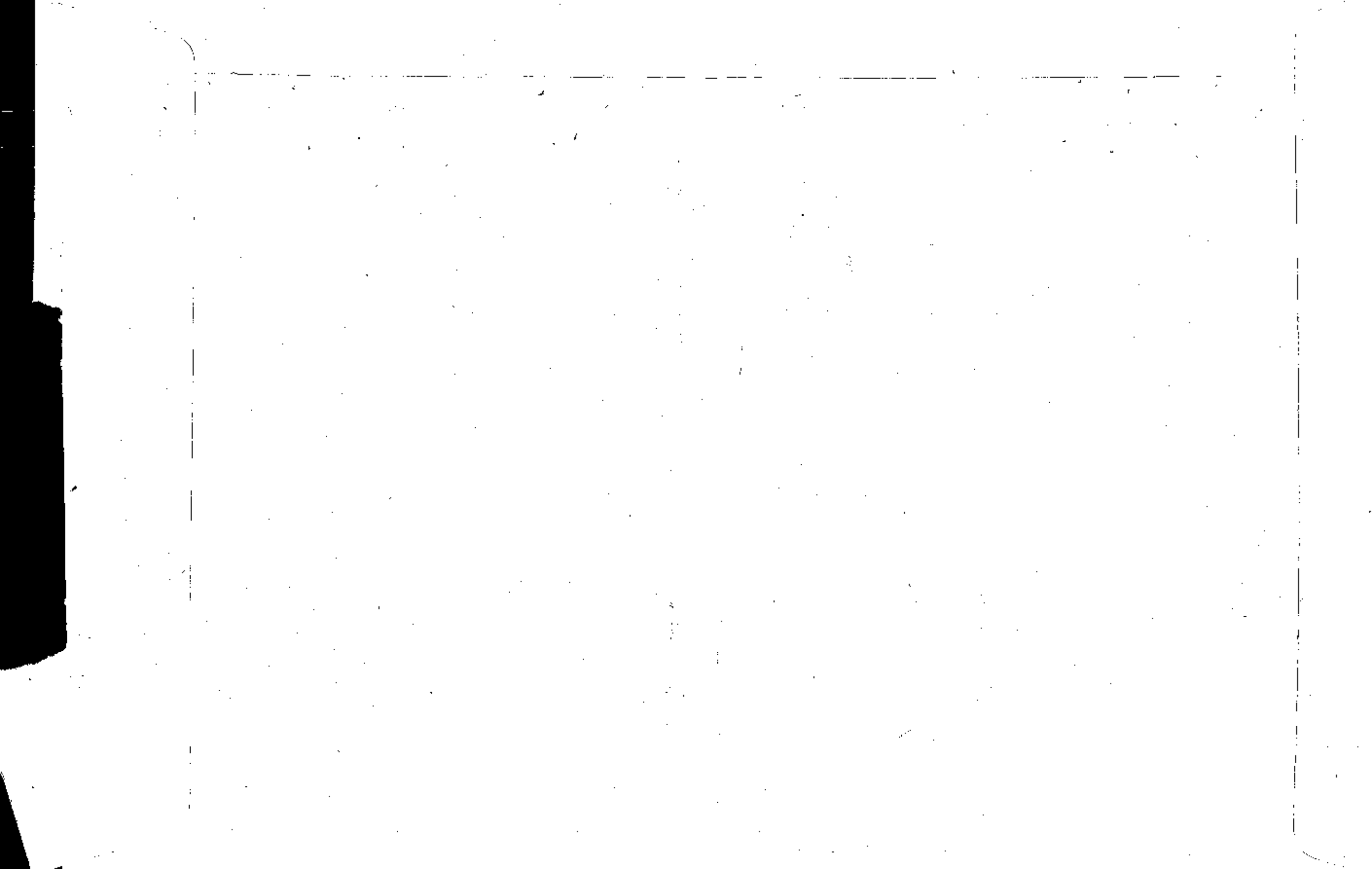
IDENTIDADE Paulo Ferreira Moura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 14/12/2012 MATR. CORREIOS 2181396-1

NOME REGAARD BRAGA DE ALMEIDA

ASSINATURA Regaard Braga de Almeida



|                                                                                                 |                             |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| <br>Correios | <input type="checkbox"/> AR | <b>SEDEX</b> |
|                                                                                                 | <input type="checkbox"/> MP |              |
| PESO (kg)<br>0,030                                                                              |                             |              |

DY 32945890 4 BR



**DESTINATÁRIO:**

SEGURADORA LÍDER

RUA SENADOR DANTAS, N° 74, 15° ANDAR – CENTRO

RIO DE JANEIRO – RJ

20031-205

**REMETENTE:**

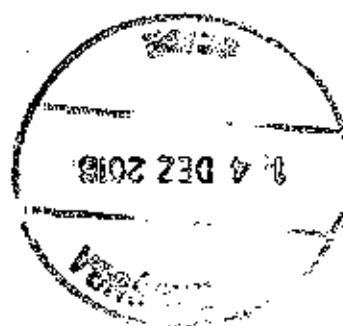
DANILO TEIXEIRA MOTA

FAZ LAGOA DAS PEDRAS, 15

CAMPINAS

IRAUCUBA – CE

62620-000



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170067186

**Cidade:** Irauçuba

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FRANCISCO SILVANO DUTRA

**Data do acidente:** 11/01/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 07/02/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Entorse de tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160092412 **Cidade:** Irauçuba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO SILVANO DUTRA **Data do acidente:** 11/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 01/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** ENTORSE DE PÉ ESQUERDO E TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 60 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

## DANOS

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

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** FRANCISCO SILVANO DUTRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua ANTONIO IV DO SANTOS, nº 514, bairro ESPERANÇA, Município de IRAUCUBA, Estado de(o) CEARA, Cep.: 62620-000, portador(a) do Rg nº 200109302862, SSP/CE, e CPF nº 021.582.953-09.

**Outorgado:** José Ivan Teixeira Mota, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Aparentado, residente e domiciliado(a) à Rua Tabeleiro Lopes B. Figueira, nº 62, bairro Bommeiro Gomes, Município de Itapagé, Estado de(o) Ceará, Cep.: 62600-000, portador(a) do RG nº 277233987, SSP/CE, e CPF nº 135.813.668-86.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO SILVANO DUTRA, ocorrido em 11/01/2016, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

IRAUCUBA - CE, 19 de DEZEMBRO de 2016.



Outorgante

CPF Nº 021.582.953-09

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

|  |                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Reconheço por <input type="checkbox"/> semelhança <input checked="" type="checkbox"/> autenticidade                            |
|  | a(s) firma(s) <u>FRANCISCO SILVANO DUTRA</u>                                                                                   |
|  | Dou fé. Iracuba-CE 19 DEZ 2016                                                                                                 |
|  | ( ) BELA. CLÁUDIA REGINA NOGUEIRA - TITULAR<br>( ) PEDRO RODRIGUES LIMA - SUBSTITUTO<br>( ) RAIMUNDO SANTANA LIMA - ESCRIVENTE |

Francisco Emanuel Lima Mendes  
Escrivente Autorizado

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

**Vítima:** DANILO TEIXEIRA MOTA

**CPF:** 047.291.163-56

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANILO TEIXEIRA MOTA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**DANILO TEIXEIRA MOTA : 047.291.163-56**

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: 25/09/2018  
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA  
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

**Número do Sinistro:** 3180447661

**Vítima:** DANILO TEIXEIRA MOTA

**CPF:** 047.291.163-56

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANILO TEIXEIRA MOTA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 02/01/2019  
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA  
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS  
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS