

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11712713

A/C: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511880 ASL-0363309/17

Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Data Acidente: 16/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11712713

A/C: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511880 ASL-0363309/17

Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Data Acidente: 16/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11727711

A/C: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Sinistro: 3170511880 ASL-0363309/17
Vitima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ
Data Acidente: 16/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Nº Sinistro: 3170614584
Vitima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170614584**.

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 11997109



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Sinistro: 3170614584
Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170614584** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12073607

A/C: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Nº Sinistro: 3170614584
Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **LUZIRENE GONCALVES DINIZ**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003281**

Conta: **0000037351-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

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, Luzirene Gonçalves Diniz
 PORTADOR(A) DO RG Nº 34938477-0 EXPEDIDO POR OSP - CE EM 08/08/13 E
 CPF 907015343-20 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO Doméstico
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recurado (*) NA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luzirene Gonçalves Diniz, 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 de até R\$ 2.000,00;
- 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 RECEITA FEDERAL 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.

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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3281 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34351-5

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.

S.G.A. 13 de Setembro de 2017 x Luzirene Gonçalves Diniz

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

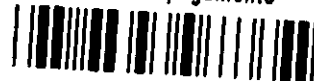
13/09/2017

COMPROVANTE LUZIRENE GONCALVES DINIZ - escritoriopvat88@gmail.com - Gmail

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta origem:	
Conta destino:	3281 / 013 / 00037351-5
Nome destinatário:	LUZIRENE GONCALVES DINIZ
Valor (R\$):	
Data de débito:	13/09/2017
Data/hora da operação:	13/09/2017 13:17:43
Código da operação:	00235170
Chave de segurança:	51SEKL3HTU3NXV68

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET 2017
ASS: 21



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.

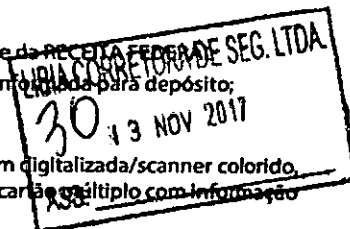
EU, Luzirene Gonçalves Diniz
 PORTADOR(A) DO RG Nº 34938477-0 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 03/08/13 E
 CPF 9070015343-20 / CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO Doméstico
 E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Luzirene Gonçalves Diniz, 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 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 como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL DE SEG. LTDA. 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.

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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3281 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37351-5

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.

S.G.A. 13 de Setembro de 2017 LOCAL E DATA
Luzirene Gonçalves Diniz ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

13/09/2017

COMPROVANTE LUZIRENE GONCALVES DINIZ - escritorioipvat88@gmail.com - Gmail

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta origem:	
Conta destino:	3281 / 013 / 00037351-5
Nome destinatário:	LUZIRENE GONCALVES DINIZ
Valor (R\$):	
Data de débito:	13/09/2017
Data/hora da operação:	13/09/2017 13:17:43
Código da operação:	00235170
Chave de segurança:	51SEKL3HTU3NXV68

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
31 13 NOV 2017
ASS: _____

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Luzirine Gonçalves Diniz, portador da carteira de identidade nº 349384770 e inscrito no CPF/ME sob o nº 907015343-20, residente e domiciliado na Rua Goreti, S/N, Cidade São G. Amorante Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

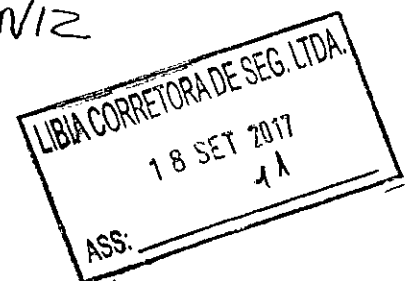
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

S.G.A. 13 de Setembro de 2017.

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Luzirine Gonçalves Diniz, portador da carteira de
identidade nº 349384770 e inscrito no CPF/ME sob o nº 907018348-20,
residente e domiciliado na Rua Goulart S/N
Cidade São G. Amora Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML 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 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 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 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 impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Luzirine Gonçalves Diniz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

S.G. A. 13 de Setembro de 2017.

Local e data



Prova de Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sra. **LUZIRENE GONÇALVES DINIZ**, portadora do RG 34.938.477-0 inscrita no CPF 907015343/20, no dia 16/07/2017, às 18h58, no município de Caucaia/CE, na BR 222, no bairro Tabapua, vítima de queda de moto, sendo encaminhada para o **Hospital Municipal de Caucaia**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 18 de Agosto de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Prova de Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



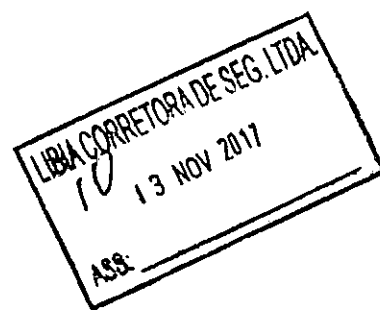
SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sra. **LUZIRENE GONÇALVES DINIZ**, portadora do RG 34.938.477-0 inscrita no CPF 907015343/20, no dia 16/07/2017, às 18h58, no município de Caucaia/CE, na BR 222, no bairro Tabapua, vítima de queda de moto, sendo encaminhada para o Hospital Municipal de Caucaia. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 18 de Agosto de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br



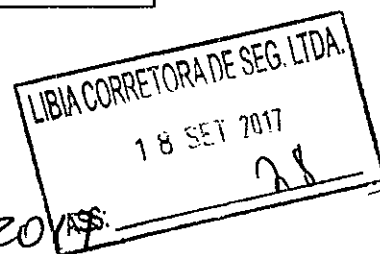
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luizirine Gonçalves DinizRG nº 34938477-0 data de expedição 03/08/13 Órgão SSP-CE

CPF nº 907015-343-20 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)	<u>Rua Gorte</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Granja Roguim</u>
Cidade	<u>São Gonçalo Amarante</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>62670-000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> (85) 99989-0779 (85) 99989-0779
E-mail	(85) 98721-2741 (85) 98721-2741

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: S.G.A. 13 de Setembro de 2017Assinatura do Declarante: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Nº DO CLIENTE

1606342-2

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

ene

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 32 22024 04 024600 - 4 481567027
Nome FRANCISCA PEREIRA DINIZ RODRIGUES
End. Postal VILA GORETE 00000
GRANJA ROQUIM - S GONCALO ANARANT - 62670000
Medidor 7668172
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 106579308-14
Nome do Responsável

Data de Emissão 16/06/2017

Posto 0000 0000
Fator de Potência CGF

DATAS

Mês de Referência Jun/2017
Data da Apresentação 18/07/2017
Previsão Próxima Leitura 18/07/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 15,51
Mês 15,51

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 92,40
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 24,94

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F86A.F5F4.7C5C.72EF.86E1.182E.5523.1763

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24337	24212	1,00	125	0,00	125	0,73926	92,40

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPALVALOR (R\$)
92,40
0,62
11,37

VENCIMENTO

25/07/2017

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	30,27
Transmissão	3,53
Distribuição	20,53
Encargos Setoriais	1,12
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	31,33
TOTAL	92,40

TOTAL A PAGAR (R\$)

104,39

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

126	125	141	126	120	125	130	124	109	120	131	114	152
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 54,03
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica(%) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Contas em Atraso

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Se você não efetuar o pagamento da dívida, implicará na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos órgãos de PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 95 RES 414

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano 05/2017
Valor R\$ 115,14
Total 115,14

Consta desta fatura R\$ 6,49 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,26% e COFINS: 5,77%
(Lei 10.837/02 e Lei 10.833/03)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 SET 2017

ASS:

29



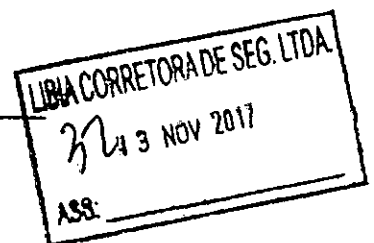
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luizirine Gonçalves DinizRG nº 34938477-0, data de expedição 03/08/13, Órgão SSP-CE,

CPF nº 907015-343-20 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)	<u>Rua Gente</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Granja Pequena</u>
Cidade	<u>São Gonçalo Amarante</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>62670-000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: S.G.A. 13 de Setembro de 2017Assinatura do Declarante: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Nº DO CLIENTE

1606342-2

Para aplicar seu endereçamento, utilize o nº acima sempre que enviar em correio correto.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042281/0001-70 | CGF 08.105.849-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 32 22024 04 024600 - 4

Data de Emissão 481567027

Nome FRANCISCA PEREIRA DINIZ RODRIGUES

16/06/2017

End. Postal VILA GORETE 00000
GRANJA ROQUIM - S GONCALO AHARANT - 62670000

Medidor 7668172

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Posto 0000 0000

RG/CPF/CNPJ 106579308-14

Fator de Potência CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	18/07/2017	18/07/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Índice	Conjuntos	Índice
15.53	15.53	15.53	15.53
15.53	15.53	15.53	15.53

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
92.40	27.63%	24.54

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F864.F34.RS.7207.86E1.1825.FE22.1122

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	1.º Anual	Corr.	Consumo (kWh)	Corr. Ind.	Corr. Pto.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24337	24212	1.02	125	0.22	1.25	0.74226	92.40

VALOR CONSUMO DO MES
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)
92.40
92.40
0.62
11.37

VENCIMENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Ene. ele	30.27
transmissão	1.02
distribuição	30.45
encargos setoriais	7.12
tributos (IOT, PIS, COFINS)	31.45
TOTAL	92.40

TOTAL A PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

126	125	124	126	125	124	126	125	124	126	125	124
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 54.03
Compensado kg (CO₂) 0.00

Consciência Ecológica (%) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso, seu pagamento da dívida fiscal. O não pagamento da dívida fiscal na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos órgãos de PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

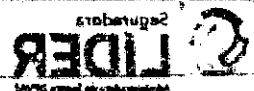
DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
05/2017	115.16
Total	115.16

Consta desta fatura R\$ 6.49 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1.25% e COFINS:5.77%
Lei nº 9.990, de 10-11-2005 - ANEEL nº 1.111, de 10-03-2002 e 10.823-03

LIBRA CORRETORA DE SEG. LTDA
33 13 NOV 2017
ASS: _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Nº DO SINISTRO

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.

PORTADOR DO RG Nº. 34.324.13 EXPEDIDO POR SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CNPJ 00.000.000/0000-00 (CNPJ) PROFISSÃO PROFESSOR

RECEITA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO \ REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROSELIANE GONCALVES OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONJÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 442/2011, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras não optadas por constituir cadastro de todos as pessoas envolvidas no pagamento da indenização, este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar repetição de um pagamento, sempre se deve apresentar documentos sobre relacionamentos não devendo, de forma alguma, ser apresentados:

- Contas salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Zélio ou Funcional.
- Contas Empresariais - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Contas conjuntas quando o beneficiário titular não for titular.
- Contas tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal.
- Contas tipo FÁCIL, operação 033 da CEF (Caixa Econômica Federal).
- Contas RUPAN, operação 013 da CEF, aberta em unidades lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00.
- Contas bloqueadas, inativas ou em processo, neste momento rejeitam-se a emissão de proposta de abertura de contas como documento comprobatório dos dados bancários.
- CPF do beneficiário inscrito no pendente de regularização no cadastro (recomendamos a consulta ao site do PROCTA FEDERAL para depósito).
- www.receita.fazenda.gov.br bem como o CPF cadastrado no SISPATVAT sinistros que não é o mesmo da conta titularizada para depósito.
- Contas não pertencentes a vítimas beneficiárias.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagens digitalizadas por colorido escuro e/ou meio de extatos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA RUPAN (SOMENTE BANCOS BRDESCO, ITAÍ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Assinatura do Beneficiário: ROSELIANE GONCALVES OLIVEIRA de 34.324.13 de SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.200,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.200,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.942/2009) 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.rvasegurosindemnizacao.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0531304.

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSO PINHEIRO, portador(a) do RG nº 01824076637, expedido por DETRAN/CE, em 23/12/2013, CPF/CNPJ nº 20.905.851/0001-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Luizirneu Gonçalves Winiç

do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima

Luizirneu Gonçalves Winiç

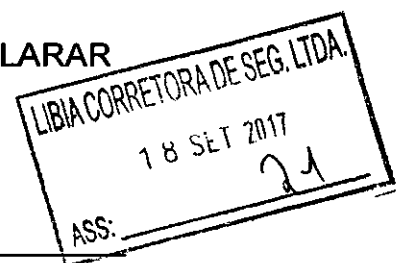
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO DECLARAR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Celso Gomes Pinheiro

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSO PINHEIRO, portador(a) do RG nº 01824076637, expedido por DETRAN/CE, em 23/12/2013, CPF/CNPJ nº 20.905.851/0001-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Luizenne Gonçalves Wainiz

do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima

Luizenne Gonçalves Wainiz

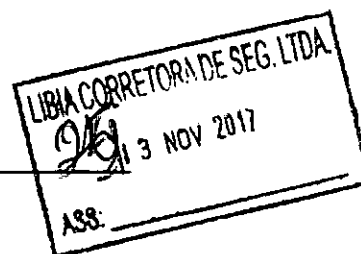
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO DECLARAR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Celso Gomes Pinheiro

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO

Circular SUSP n.º 44512 - Prevencão à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSP n.º 44512, que trata da prevençao 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 impõe o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

2. - Função de Garantia de Seguros Privados - SUSP, cuja responsabilidade pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros privados é atribuída ao Conselho de Atividades Privadas - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade assegurar a regularidade das operações e a transparência das informações relativas ao setor.

Pelo exposto, eu CELSO PINHEIRO portador(a) do RG n.º 01824076837, expedido por DETRANCE, em 23/12/2013, CPF/CNPJ n.º 20.202.821/0001-90, na qualidade de procurador(a) (intermediário) do beneficiário (a)

do sinistro de DPVAT da natureza de vítima

e conforme determinação da Circular SUSP n.º 44512 declaro as informações solicitadas

Prossigo: RECUSO DECLARAR Renda Mensal RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios RECUSO INFORMAR

ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Gonçalves da Silva,RG nº 05586063787, data de expedição 09/09/16,Órgão Autran - CE portador do CPF nº 038.912.993-38, comdomicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Zilda Goneti, nº 51N,

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 Luiziane Gonçalves Miniz cujo o condutor eraFrancisco Gonçalves da Silva.Veículo: MotocicloModelo: Honda CG 150 Titan KSAno: 2004Placa: HWZ 3194Chassi: 9C2KC08107R100468Data do Acidente: 16.07.17Local e Data: S.G.A. 12 de Setembro de 2017Francisco Gonçalves da Silva

Assinatura do Declarante

Francisco Gonçalves da Silva

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

	Reconheço a(s) firma(s) de <u>FRANCISCO GONÇALVES DA SILVA</u>	
	Por Semelhança ☐	Por autenticidade ☒
	Pecém - S. G. A. <u>12 SET. 2017</u>	
	Em test. <u>MCB Barros</u> da verdade.	
MARILENE GOMES BARROS - Escrevente Substituta		
VÁLIDO SOMENTE COM Selo de AUTENTICIDADE		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 SET 2017

ASS: 12



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Gonçalves da Silva,RG nº 05586063787, data de expedição 09/09/16,Órgão Autran - CE portador do CPF nº 038.912.993-38, comdomicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Zilda Goneti, nº 51N,complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

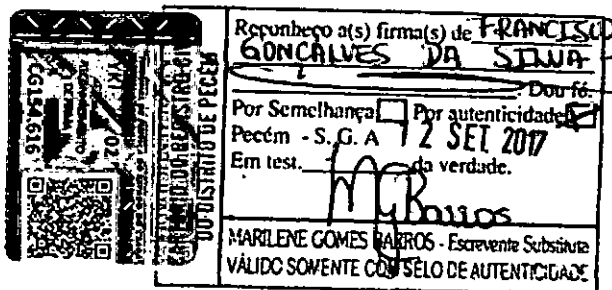
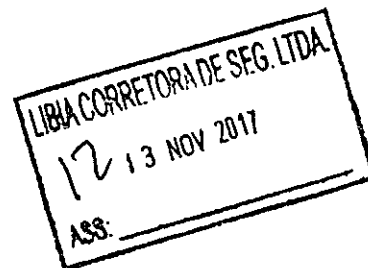
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luizene Gonçalves Diniz cujo o condutor eraFrancisco Gonçalves da Silva.Veículo: MotocicloModelo: Honda / CG 150 Titan KSAno: 2007Placa: HWZ 3194Chassi: 9C2KC08107R100468Data do Acidente: 16.07.17Local e Data: S.G.A. 12 de Setembro de 2017

Francisco Gonçalves da Silva
Assinatura do Declarante

Francisco Gonçalves da Silva

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



Item	Procedimientos	Item	Procedimientos

[illegible][illegible]



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Leandro Paulo Reis

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 30 dias (POR EXTENSO) dias de Afastamento

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

16/07/17
Local e Data

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8590 TEOT: 11925

Ass. do Médico - CRM Nº _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET 2017
ASS: 15

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



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

Documentacao medico – hospitalar:



FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data:	16.07.12	Horário:	19:42	Paciente chegou:	☐ Andando	☐ Automóvel
					☐ Ambulância	☐ Outros
Paciente:	LUCIENGO GONCALVES DINIZ.					
Nome da Mãe:	GDIR GONCALVES DINIZ					
Idade:	40	Sexo:	F	Data de Nascimento:	23.02.72	Identidade:
Endereço (Rua, nº):	GONCALVES DIAS 784					
Bairro:	Rodolfo Isidoro	Cidade:	Formal	Estado:	ce	Nome do Funcionário SAME:

PROCEDIMENTOS		OUTROS		TIPOS DE ATENDIMENTOS
				Clínica Médica
				Clínica Pediátrica
				Clínica Cirúrgica

História Clínica:

História Clínica: Paciente vítima de acidente de trânsito com ferimentos focais, dor em ombro (E) e tornozelo (E).
Osteotomia e consolidação.

Diagnóstico:

Diagnóstico: D: Rt mic. trauma, foc, am h₂O, f₂ me₂ p₂
Dislocaciones

EXAMES SOLICITADOS

1) _____
2) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

[illegible]

Dr. Ismael Pontes Moura
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11405 - TEO 5261

DESTINO DO PACIENTE						DATA SAÍDA		HORA SAÍDA	
☐	Alta	☐	Transferência	☐	Óbito				

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

Item	Procedimientos	Item	Procedimientos

[illegible]

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Luiz Paulo Reis

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 30 dias de Afastamento

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADECHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Local e Data

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8590 TEOT: 11925

Ass. do Médico - CRM Nº _____

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA
15 13 NOV 2017
ASS: _____

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

SECRETARIA GENERAL DE LA PRESIDENCIA
DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

Nº 98033



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

NOME: <u>Luciano Jacobus Diniz</u>					
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
<u>23.02.77</u>	<u>40</u>		<u>F</u>		<u>Paraná</u>
IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO	
<u>34.938.477-0</u>					
PAIS <u>Lucy Pereira Diniz e Edite Gonçalves Diniz</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE					Nº
<u>Rua Gonçalves Dias</u>					<u>784</u>
BAIRRO	MUNICÍPIO		FONE		
<u>Verdão Teófilo</u>	<u>Fortaleza</u>				
NOME DO RESPONSÁVEL					FONE
					<u>81379860</u>
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL					
DATA DE ADMISSÃO: <u>16/07/17</u>		HORA ADMISSÃO: <u>21:15</u>		FUNCIONÁRIO: <u>Patrícia</u>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
<u>Paciente vítima de acidente de trânsito</u>					
<u>Fratura de clavícula e esguicho</u>					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>Fratura de clavícula</u>					
EXAME COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					

Dr. Ismael Mendes Moura
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11405 - TEOT 13261

Assinatura do Médico

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>WILSON GONÇALVES DA SILVA</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia: <u>21/10/17</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião: <u>MARLOS ARAÚJO</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista: <u>ALBERTO</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>FRATURA DA CLAVÍCULA (E)</u>			
Tipo de Operação			
<u>OSTEOTOMIA DE CLAVÍCULA (E)</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRIZAÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras			
1. Paciente em DAM sob anestesia			
2. Anestesia adequada			
3. Acesso anterior à clavícula + direção para planos + redução de fratura			
4. Aplicação de placa + parafusos			
5. Verificação da hemostase			
6. Sutura por planos			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
18/11/2017
ASS.

[illegible]

440

255-24

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

4452

Page 15 of 15

7015 144 50

07:00 AM

1980-1981

1992

1999-2000

0000000000

Directorate of Public Security

00000000 00 00

00101950-249 code 01 per

7. *Staphylococcus aureus* (Staphylococcus aureus)

Exam 1 Radiologic Review

000000 Einmalig gratis

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA CARACAS - TELERIO DE LOS RIOS - CARRANZA EN
MEXICO - ESTACIONES - TELECOMUNICACIONES

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
19/07/17 MT	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Sinais de infecção não presentes.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
20/07/17 MT	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
21/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
22/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
23/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
24/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
25/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
26/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
27/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
28/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
29/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
30/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207
31/07/17	Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando e deambulando. Dieta aceita. Eliminação fisiológica presente e espontânea. Realizados traços de curativos. Enc. p/ Clínica Cirúrgica.	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 5874 TEUT. 7.207

REFUGADO
GERAL

34.938.477-0

DATA DE
EXPIRAÇÃO 03/AGO/2013

NOME LUZIRENE GONÇALVES DINIZ

FLACIAO JOÃO PEREIRA DINIZ

E EDATE GONÇALVES DINIZ

NATURALIDADE

PARACURU -CE

DATA DE NASCIMENTO 23/FEV/1977

DOC ORIGINAL AMARANTE-CE

SERROTE

CN: LV.A5

FLS: 239V/N.004363

CNPJ 907015343/20

192 Delegado Divisão
Roberto S. M. SILVA DO B. V. A. IIRGDSPSP

LEI Nº 7.116 DE 2006/03

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET 2017
ASS: _____ 16

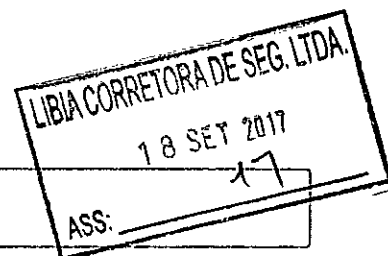
**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **907.015.343-20**Nome: **LUZIRENE GONCALVES DINIZ**Data Nascimento: **23/02/1977**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **08/01/2000**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **13:56:10** do dia **14/09/2017** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **1A71.22CF.2304.DA13**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

34.938.477-0 DATA DE EMISSÃO 03/AGO/2013

LUZIRENE GONÇALVES DINIZ

PRIMEIRO NOME JOÃO PEREIRA DINIZ

E EDITE GONÇALVES DINIZ

PARACURU -CE

DATA DE NASCIMENTO 23/FEV/1977

AMARANTE-CE

SERROTE

CN: LV A5 / FLS. 239V/N. 004363

907015343/20

192 Delegado Divisão de
Roberto de Souza do Nascimento INGD-SSPSP

LEI Nº 7.118 DE 20/08/03

LIBR. CORRETORES DE SEG. LTDA.
20 13 NOV 2017
ASS: _____

☐ COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **907.015.343-20**

Nome: **LUZIRENE GONCALVES DINIZ**

Data Nascimento: **23/02/1977**

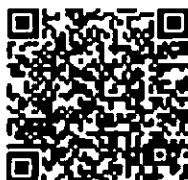
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **08/01/2000**

Dígito Verificador: **00**

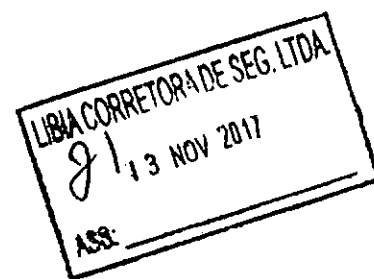
Comprovante emitido às: **13:56:10** do dia **14/09/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **1A71.22CF.2304.DA13**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013195993928
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2017
VIA - COO-RENAVAM - RAN-RC - 0000000000

NOME: FRANCISCO GONCALVES DA SILVA
FORTALEZA
PLACA: 03891299338
CHASSI: 92S699420
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG-150-TITAN KS
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: AZUL
VENC./COTAS: 1º *****, 2º *****, 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 180.65
IOF (R\$): 0.70
PREMIO TOTAL (R\$): 181.35
DATA DE PAGAMENTO: 18/05/2017

FAIXA IRVA: ***
PARCELAMENTO/COTAS: ***
OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: FORTALEZA
DATA: 18/05/2017

DETRAN - CE Nº 013195993928
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2017
VIA - COO-RENAVAM - RAN-RC - 0000000000

NOME: FRANCISCO GONCALVES DA SILVA
FORTALEZA
PLACA: 03891299338
CHASSI: 92S699420
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG-150-TITAN KS
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: AZUL
VENC./COTAS: 1º *****, 2º *****, 3º *****

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

CE Nº 013195993928 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 01 RENAVAM: 03891299338
PLACA: HWZ3194
CHASSI: 92S699420
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG-150-TITAN KS
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: AZUL
VENC./COTAS: 1º *****, 2º *****, 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 180.65
IOF (R\$): 0.70
PREMIO TOTAL (R\$): 181.35
DATA DE PAGAMENTO: 18/05/2017

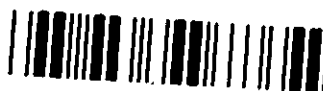
FAIXA IRVA: ***
PARCELAMENTO/COTAS: ***
OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: FORTALEZA
DATA: 18/05/2017

DETRAN - CE Nº 013195993928
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2017
VIA - COO-RENAVAM - RAN-RC - 0000000000

NOME: FRANCISCO GONCALVES DA SILVA
FORTALEZA
PLACA: 03891299338
CHASSI: 92S699420
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

DUT



CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614584

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Data do acidente: 16/07/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular (limitação da elevação lateral e da rotação do ombro esquerdo), crepitação articular no ombro esquerdo, cicatriz cirúrgica no ombro esquerdo e assimetria escapular.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, redução e fixação metálica.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica (10/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro esquerdo.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Endereço do(a) Examinado(a): VILA GORETE, 0 - 0 - São Gonçalo do
Amarante/CE - CEP 62670-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 349384770 - SSP-CE. -
03/08/2013

Data e Local do Exame : 30/11/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -
FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Exame Físico: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO ESQUERDO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [X] Sim [] Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? [X] Sim [] Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

ATENDIDA NA EMERGÊNCIA E INTERNADA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. A PACIENTE NÃO FAZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM OUTUBRO DE 2017, SEM COMPLICAÇÃO.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO ESQUERDO, PELA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a

**justificativa médica para este enquadramento no campo das observações
(*)**.

() Total = “100% da IS”

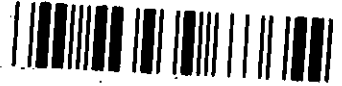
**V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao
exame médico e/ou à valoração do dano corporal.**



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

Outros



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **CARLOS GOMES PINHEIRO**

DOC. IDENTIDADE / OUTROS: **2008010112657 SSPDS CE**

CPF: **791.649.193-15** DATA NASCIMENTO: **25/12/1976**

FUNÇÃO: **MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO**

PERMISSÃO: **ACC** CATEGORIA: **AD**

Nº REGISTRO: **01824076637** VALIDADE: **06/12/2018** 1ª EMISSÃO: **04/06/1997**

OBSERVAÇÕES: **SEM OBSERVAÇÃO:**

Carlos Gomes Pinheiro
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **FORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO: **23/12/2013**

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
883208334

PROBADO PLASTIFICAR
883208334

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 SET. 2017
ASS: 19

Nº DO CLIENTE
7152332-4

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
491236769

Rota 20 22000 08 044200 - 7

Data de Emissão

29/08/2017

 Nome **CELSON GOMES PINHEIRO**

 End. Postal **RU PAULO GOMES DA SILVA 00226**
PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070

 Medidor **2577879**

 Poste **0000 0000**

 Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO**

 Fator de Potência **0,00**

 RG / CPF / CNPJ **791649193-15**

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Ago/2017	29/08/2017	29/09/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

SEF8.64FC.1072.13CE.00A0.4246.7911.56A4

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Padrão Individual	Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual
DIC	Jun/2017	5.43	10.80	21.70	0.00
FIC		3.36	6.72	13.45	0.00
DMIC		3.11			0.00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1954	1924	1.00	30	0.00	30	0.52271	15.68
29/08/17	28/07/17		32.0135		30		15.68

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

15,68

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,91)

16,99

 LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 18 SET 2017
 ASS: 20

VENCIMENTO
05/10/2017
TOTAL A
PAGAR (R\$)
32,67
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	7.49
Transmissão	0.75
Distribuição	5.09
Encargos Setoriais	1.76
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0.59
TOTAL	15.68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
32	30	33	36	35	34	33	35	36	32	30	30

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
12,97	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

DÉBITOS ANTERIORES



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 13 NOV 2017
ASS: _____

Nº DO CLIENTE
7152332-4
 Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Melvinho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CEFU 07042251/0001-70 | CGF 08.105.845-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 491236769
 Rota 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 29/08/2017
 Nome CELSO GOMES PINHEIRO
 End. Postal RU PAULO GOMES DA SILVA 00226
 PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070
 Medidor 2577879 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 791649193-15 CGF
 Nome do Responsável

Última

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Ago/2017	29/08/2017	29/09/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Jun/2017	DISS 9.16
Conjuntos	Jun/2017	DISS 9.16	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ICMS		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 8678.64FC.1072.13XE.3893.4248.7811.5544

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1954	1924	1.00	30	0.00			15.68
29/08/17	28/07/17		32.11				15.68
VALOR CONSUMO DO MES							15.68
COB. SALDO FATURA ANTERIOR							16.99
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,91)							

VENCIMENTO 03/10/2017 **JOTARÁ PAGAR (R\$)** 32,60

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	7.49
Transmissão	0.75
Distribuição	5.09
Encargos Setoriais	1.76
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	0.59
TOTAL	15.68

CONSUMO CONCOMITANTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 12,97 Compensado kg (CO₂) 0,00 Certificação Ecológica (NCCO) 61

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO **DEBITOS ANTERIORES**

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 24 13 NOV 2017
 ASS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614584 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

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: 3170511880 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: contusão em face

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 válida disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614584

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUZIRENE GONCALVES DINIZ

Data do acidente: 16/07/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular (limitação da elevação lateral e da rotação do ombro esquerdo), crepitação articular no ombro esquerdo, cicatriz cirúrgica no ombro esquerdo e assimetria escapular.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, redução e fixação metálica.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica (10/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro esquerdo.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

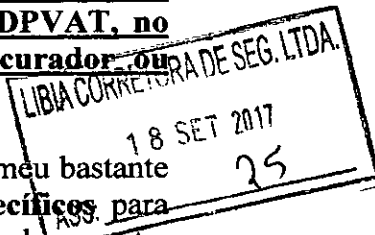
Nome: Luizrene Gonçalves Diniz
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Doméstico
 Identidade: 34.938.477-0 CPF: 907.015.343-20
 Endereço: Rua G. S/N
 Bairro: Granja Pequena
 Cidade: São Gonçalo Amarante CEP: 62670-000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

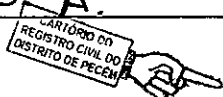
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório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

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



Local e data:

S. G. A., 12 de setembro de 20 17.

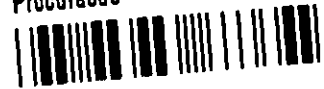


LUZRENE GONCALVES DINIZ
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO DISTRITO DE PECÉM	
Reconheço a(s) firma(s) de <u>LUZRENE GONCALVES DINIZ</u>	Por Semelhância ☐ Por autenticidade ☒
Pecém - S. G. A. 12 SET 2017	Em test. <u>Marlene Gonçalves Diniz</u>
MARIENE GONCALVES DINIZ - Escrevente Substituta VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE	

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Luizirne Gonçalves Diniz
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Doméstico
 Identidade: 34938.477-0 CPF: 907.015.343-20
 Endereço: Rua Anita, 511
 Bairro: Granja Pequena
 Cidade: São Gonçalo Amarante CEP: 62670-000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

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

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

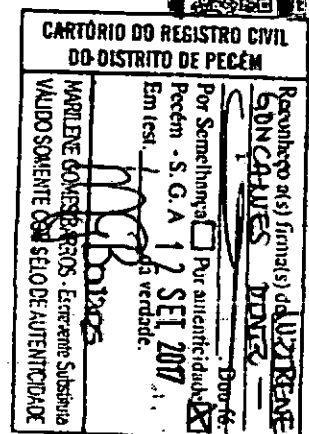
Local e data:

S. G. A., 12 de Setembro de 20 17.



Luizirne Gonçalves Diniz
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



13 NOV 2017
 SEGRETORIA DE SEG. LTDA.