

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

Nº Sinistro: **3180322404**

Vítima: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

Data do Acidente: **19/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180322404**.

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 13112954



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**  
Nº Sinistro: **3180322404**  
Vitima: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**  
Data do Acidente: **19/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180322404**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo  
faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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 13115174



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

Nº Sinistro: **3180403738**

Vitima: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

Data do Acidente: **19/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180403738**.

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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13325899



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

Sinistro: **3180403738**  
Vítima: **FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**  
Data do Acidente: **19/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

**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 3180403738** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180403738 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO IRTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
LIBERATO

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº758614/2018, DATADO EM 21/08/2018, QUESITO 2º: "EDEMA DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO DO PÉ DIREITO - SEQUELA DE 50% ". PERITO: FERNANDA NOBRE MOURA LEAL - UF:10444.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



**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 entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

825.909.263-20

Nome completo da vítima

Fabio Vitor do Nascimento Lacerda

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

Nome completo

Fabio Vitor do Nascimento Lacerda

CPF titular da conta

825.909.263-20

Profissão

Permeiro

Endereço

Av. Francisco Alfredo Cavalcante

Número

674

Estado

CEARA

CEP

62.100-000

Bairro

Cidade de São Eulários

Cidade

SUSEP

Telefone (DDD)

(35) 99605-0011

Email

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**

☒ RECURSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ ATE R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0554

N/V

CONTA

260444

N/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

N/D

AGÊNCIA

N/D

N/V

CONTA

N/D

N/V

(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.

Suael 11 de julho de 2015  
Local e Data

Fabio Vitor do Nascimento Lacerda  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

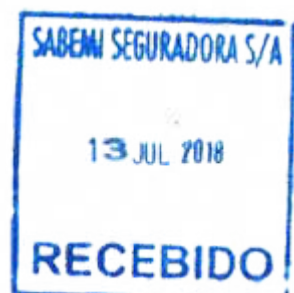


0554.013.260.444.7



COMPROVANTE

DANLARIO





**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 entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

825.909.263-20

Nome completo da vítima

FABIO VICTOR DO NASCIMENTO LACERDA

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

Nome completo

FABIO VICTOR DO NASCIMENTO LACERDA

CPF titular da conta

825.909.263-20

Profissão

Permeiro

Endereço

AV. FRANCISCO ALFREDO CARVALHO

Número

674

Estado

CEARA

CEP

62.100-000

Bairro

CIDADE DE SÃO EULÓIO

Cidade

SUSEP

Telefone (DDD)

(35) 99605-0011

Email

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**

☒ RECURSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ ATE R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NÚMERO

0554

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚMERO

260444

(Informar dígito se existir)

DV

7

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NÚMERO

DV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚMERO

DV

(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.

Simeel 11 de julho de 2015  
Local e Data

FABIO VICTOR DO NASCIMENTO LACERDA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

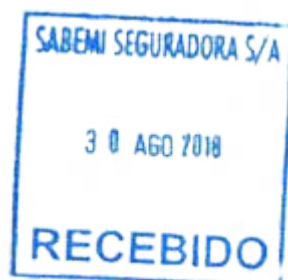
RECEBIDO



0554.013.260.444.7



COMPROVANTE DANLARIO





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.  
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAÚ  
UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. N° 433/2018**

Data Reg.: 08/06/2018

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO – LESÃO CORPORAL

**NOTICIANTE**

Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO, brasileiro, União Estável, Pedreiro, natural de Sobral/CE, onde nasceu aos 03/04/1979, filho de Jose Airton Ponte Liberato e Lucia Maria do Nascimento Liberato, residente na Avenida Francisco Jacinto F da Ponte, N° 652 - Sobral/CE, portador do RG N° 97031059069-SSP-CE e CPF N° 025.908.263-28

**HISTÓRICO:**

Compareceu na sede desta Unidade Policial de Morrinhos/CE o senhor FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO, o qual informou que no dia 19 de Abril do ano de 2018, por volta das 21:00 horas, se encontrava trafegando na Avenida Francisco Jacinto F da Ponte, Sobral/CE, pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 160 FAN ESDI, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 2015/2016, placa PNF8627/CE, Chassi N° 9C2KC2200GR102451, registrada em nome de Lindemberg do Nascimento Liberato, ocasião em que acabou derrapando a moto no calçamento e que em consequência disso perdeu o controle do guidom do veículo automotor vindo a cair ao solo, sofrendo lesões corporais, se encontrando prejudicado. Que o noticiante foi socorrido através de populares até a Santa Casa de Misericórdia em Sobral/CE onde recebeu o atendimento médico necessário. Que o noticiante foi cientificado eu prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que nada mais disse.

Escrivão:

  
Lauro Florentino Silva  
Escrivão de Polícia Civil  
de Classe Especial  
Mat.: 091.899.1-0

Responsável/Reg.:

Fabio Irtton do Nascimento Liberato

SABEM SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.  
DELEGACIA REGIONAL DE ACARAÚ  
UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. N° 433/2018**

Data Reg.: 08/06/2018

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO – LESÃO CORPORAL

**NOTICIANTE**

Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO, brasileiro, União Estável, Pedreiro, natural de Sobral/CE, onde nasceu aos 03/04/1979, filho de Jose Airton Ponte Liberato e Lucia Maria do Nascimento Liberato, residente na Avenida Francisco Jacinto F da Ponte, N° 652 - Sobral/CE, portador do RG N° 97031059069-SSP-CE e CPF N° 025.908.263-28

**HISTÓRICO:**

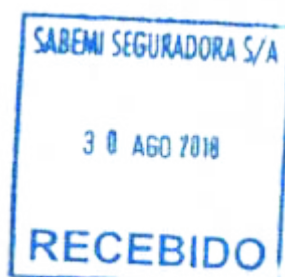
Compareceu na sede desta Unidade Policial de Morrinhos/CE o senhor FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO, o qual informou que no dia 19 de Abril do ano de 2018, por volta das 21:00 horas, se encontrava trafegando na Avenida Francisco Jacinto F da Ponte, Sobral/CE, pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG 160 FAN ESDI, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 2015/2016, placa PNF8627/CE, Chassi N° 9C2KC2200GR102451, registrada em nome de Lindemberg do Nascimento Liberato, ocasião em que acabou derrapando a moto no calçamento e que em consequência disso perdeu o controle do guidom do veículo automotor vindo a cair ao solo, sofrendo lesões corporais, se encontrando prejudicado. Que o noticiante foi socorrido através de populares até a Santa Casa de Misericórdia em Sobral/CE onde recebeu o atendimento médico necessário. Que o noticiante foi cientificado eu prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que nada mais disse.

Escrivão:

  
Lauro Florentino Silva  
Escrivão de Polícia Civil  
de Classe Especial  
Mat.: 091.899.1-0

Responsável/Reg.:

Fabio Irtton do Nascimento Liberato







## 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

FABIO IRON DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

025.908.263-25

Data do Acidente

19/04/2018

### 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 51º 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.

30/04/18 11 de Julho de 2018  
Local e Data

FABIO IRON DO NASCIMENTO  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA**

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20749 | 19/04/2018 22:57:42

Edição Atendimento

Aten: 5168774 Dt. Atende: 19/04/2018 - 23:01  
Reg.: 379927 Dt Nasc: 03/04/1979  
Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO  
End.: RUA LUIS SANTOS AGUIAO 937  
TERRENO NOVO; SOBRAL-CE; CEP: 62051570

**Descrição da História Prévia do Atendimento:**

PACIENTE 40 ANOS VITIMA DE QUEDA DE MOTO REFERE DOR EM TORNOZELO E PÉ DIREITO COM PRESENÇA DE HÁLITO ETÍLICO DEAMBULANDO COM DIFICULDADE.

**Sinais Vitais do Paciente:**

Pressão Arterial: 140/90, Nº Pulso: 100, Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu Fabio Irtton do Nascimento, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) AVO, RG Nº DECLARADO, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humaniza SUS, sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_

Fabio

Assinatura do Paciente ou Responsável



Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-8 | Nº 525552042  
 Nota 11 32000 13 022500 - 8 Data de Emissão 16/05/2018  
 Nome ARNALDO DO NASCIMENTO LIBERATO  
 End. Postal AV FRANCISCO ALFREDO CAVALCANTE 00674  
 CIDADE DOUTOR JOSE EUCLIDES - SOBRAL -  
 Medidor 23519698  
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 013580673-18  
 Nome do Responsável

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Conjunta	CRUE	EUEO 12.00
Mai/2018	16/05/2018	18/06/2018	Mês	Mar/2018	
ÍNDICES			Padrão de Qualidade		
Base de Cálculo (PIS)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
40,22	27,00%	10,85	DIC	5,13	10,38
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	1,30	6,60
SUS. 1,70, FIC. 5,12, PIS. 4,54, DES. 0,00, IPIE			DMIC	2,94	8,48
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			Mensal		
Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consum. Incl.	Consum. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)
FP 11189	11130	1,00	56	56	2,71
16/05/18	16/04/18	00 0046	56		40,22
VALOR CONSUMO DO MES					40,22
Multa Moratória Ref 04/2018					1,07
Correção Monetária do Mes					0,84
Juros do Mes					1,38
Iluminação Pública Municipal					4,93
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,43)					

EM DEBENSO DA VITIMIA

VENCIMENTO 23/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 48,44

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	15,16	63	56	76	57	69	64	53	61	64	60	58	74
Transmissão	1,00												
Distribuição	12,50												
Encargos Setoriais	1,00												
Tributos (PIS-COFINS)	10,85												
TOTAL	40,22												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 21,86 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Cotação Ecológica (R\$/kg) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E ANOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE CONTAS EM ATRASO

Informamos existir débitos vencidos sem ressarcimento até esta data, no valor de R\$ 59,20. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias corridos a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES

Ref. Rec. 04/2018 Valor R\$ 59,20

Oponte esta fatura R\$ 1,05 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,74% e COFINS:3,39%

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,30%, conforme Resolução Normativa ANEEL n. 2.083/2018, com vigência de 22/04/2018 e 23/04/18. Estamos em Bandeira Amarela com custo de 1,20 real a taxa 100Wh/kWh (distribuição). Informações: www.aneel.gov.br

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 7735416-8 Referência: Mai/2018  
 Data de Emissão: 16/05/2018 Total a Pagar (R\$): 48,44  
 Nº da Nota Fiscal: 525552042 Nº de Controle: 0007735416 00021 39222 49

83860000000-0 48440031000-3 00077354160-8 00213922239-8

2712224-7  
Para acessar seu extrato online, utilize o e-mail  
sempre que entrar em contato conosco.

Est. criado pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdeir, 150  
CEP 61035-040 | Fortaleza CE  
CEPJ 02042251/0001-70 | CNPJ 06.905.948-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 530017531

Rota 13 32000 06 007910 - 2 Data de Emissão 20/06/2018

Nome CELIO GEOVANI MARQUES LINO

End. Postal RU FRI ALVARO 00665 LJ 03

Medidor ALTO DO CRISTO - SOBRAL - 6210000

Classe 11406186

RG/CPF/CNPJ 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

Nome do Responsável 284193913-87

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Lettura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Jun/2018	20/06/2018	19/07/2018	Conjunta	SABAL 1		EURO 10.00			
ICMS			Mês	Abr/2018					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Período	Conjunta		Apuração Individual			
31.24	27.00%	8.43	Manual	Trin.	Atual	Manual	Trin.	Atual	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5.07	10.15	20.30	0.00	0.00	0.00
			FIC	3.23	6.47	12.95	0.00	0.00	0.00
			DMIC	2.86			0.00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. Atual	Letr. Anterior	Const.	Cobrança (R\$)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 6563	6522	1,00	41	0,00	41	0,76210	31,24
20/06/18	18/05/18		33 0146		41		31,24
							VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES							31,24
MULTA MORATORIA REF 05/2018							0,59
CORRECAO MONETARIA DO MES							0,42
JUROS DO MES							0,58
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							13,69
ADICIONAL BANCOTEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,02)							

*INDELAÇO DO PROCURADOR*

**VENCIMENTO** 27/06/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 46,52

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	11,82
Transmissão	1,63
Distribuição	0,13
Encargos Setoriais	1,80
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	9,63
<b>TOTAL</b>	<b>31,24</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

49	41	41	49	50	34	42	53	53	59	61	60	53
MÊS Jan/Fev/Mar/Abr/Mai/Jun/Jul/Ago/Set/Oct/Nov/Dez												

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Compensação Ecológica (R\$)
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	16,01	0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

Prezado Cliente, constate(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Seue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrada desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,69% e COFINS:3,20%.

Estamos em Bondade Verde para reter 2 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (utilização normal). Informações: [www.anel.gov.br](http://www.anel.gov.br)

**DEBITOS ANTERIORES**

Período	Valor (R\$)
05/2018	50,13
<b>Total</b>	<b>50,13</b>

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 2712224-7 Referência:

Data de Emissão: 20/06/2018 Total a Pagar

Nº da Nota Fiscal: 530017531 Nº de Contas

83860000000-0 46520031000-3 00



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-8 | Nº 525552042  
 Nota 11 32000 13 022500 - 8 Data de Emissão 16/05/2018  
 Nome ARNALDO DO NASCIMENTO LIBERATO  
 End. Postal AV FRANCISCO ALFREDO CAVALCANTE 00674  
 CIDADE DOUTOR JOSE EUCLIDES - SOBRAL -  
 Medidor 23519698 Posto 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 013580673-18 CGF

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Conjunta	CRUE	EUEO 12.00
Mai/2018	16/05/2018	18/06/2018	Mês	Mar/2018	
ÍNDIC.			Padrão de Qualidade		
Base de Cálculo (PIS)	Alíquota	Valor do Imposto	Mês	Mar/2018	
40,22	27,00%	10,85	Mês	Mar/2018	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Mês	Mar/2018	
96'S.170.950.812.954.4679.0000.011E			Mês	Mar/2018	
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			Mês	Mar/2018	
Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Mês	Mar/2018	
FP 11189	11130	1,00	Mês	Mar/2018	
15-05-18 16-04-18 00 0046 56			Mês	Mar/2018	
VALOR CONSUMO DO MES			Mês	Mar/2018	
MULTA MORATORIA REF 04/2018			Mês	Mar/2018	
CORRECAO MONETARIA DO MES			Mês	Mar/2018	
JUROS DO MES			Mês	Mar/2018	
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL			Mês	Mar/2018	
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,43 )			Mês	Mar/2018	

EM DEBENSO DA VITIMIA

VENCIMENTO 23/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 48,44

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia	15,16	63	56	76	57	69	64	53	61	64	60	58	74
Transmissão	12,50												
Distribuição	12,50												
Encargos Setoriais	12,50												
Tributos (PIS-COFINS)	12,50												
TOTAL	40,22												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 21,86 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Cotação Ecológica (NCCO) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E ANOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE CONTAS EM ATRASO

Informamos existir débitos vencidos sem ressarcimento até esta data, no valor de R\$ 21,86. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias corridos a partir da fatura vencida e não paga.

Debitos Anteriores

04/2018 59,20

Oponte esta fatura R\$ 1,65 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,74% e COFINS:0,39%

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,00%, conforme Resolução Normativa ANEEL n. 2.080/2018, com vigência de 22/04/2018 e 21/04/19. Estamos em Bandeira Amarela com custo de 1,20 real a taxa 100kWh. Informações: www.aneel.gov.br

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 7735416-8 Referência: Mai/2018

Data de Emissão: 16/05/2018 Total a Pagar (R\$): 48,44

Nº da Nota Fiscal: 525552042 Nº de Controle: 0007735416 00021 39222 49

83860000000-0 48440031000-3 00077354160-8 00213922239-8

2712224-7  
Para acessar seu extrato online, utilize o e-mail  
sempre que entrar em contato conosco.

Estabelecido pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdeirino, 150  
CEP 60135-090 | Fortaleza-CE  
CNPJ 02042251/0001-70 | CEF 08.926.948-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 530017531

Rota 13 32000 06 007910 - 2 Data de Emissão 20/06/2018

Nome CELIO GEOVANI MARQUES LINO

End. Postal RU FRI ALVARO 00665 LJ 03

Medidor ALTO DO CRISTO - SOBRAL - 6210000

Classe 11406186

RG/CPF/CNPJ 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

Nome do Responsável 284193913-87

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data da Apresentação	Período Próxima Letura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Jun/2018	20/06/2018	19/07/2018	Conjunta	Sobral I					
ICMS			Mês	Abr/2018					EURD 10.00
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão de Referência	P					Apuração Individual
31.24	27.00%	8.43	Manual	Trin.	Atual	Manual	Trin.	Atual	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	5.07	10.15	20.30	0.00	0.00	0.00
			FC	3.23	6.47	12.95	0.00	0.00	0.00
			DMIC	2.86			0.00		

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Cobrança (R\$)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 6563	6522	1,00	41	0,00	41	0,76210	31,24
20/06/18	18/05/18		33 0146		41		31,24
							<b>VALOR (R\$)</b>
VALOR CONSUMO DO MES							31,24
MULTA MORATORIA REF 05/2018							0,59
CORRECAO MONETARIA DO MES							0,42
JUROS DO MES							0,58
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							13,69
ADICIONAL BANCOTEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,02)							

*INDELAÇO DO PROCURADOR*

**VENCIMENTO** 27/06/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 46,52

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	11,82
Transmissão	1,63
Distribuição	0,13
Encargos Setoriais	1,80
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	9,63
<b>TOTAL</b>	<b>31,24</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

49	41	41	43	50	34	42	53	53	59	61	60	53
MES: Jan, Fev, Mar, Abr, Mai, Jun, Jul, Ago, Set, Out, Nov, Dez												

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Compensação Ecológica (R\$)
16,01	0,00	0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**CONTAS EM ATRASO**

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

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,69% e COFINS=3,20% (Lei nº 9.990, 2000 - COFINS - ANEEL e Lei nº 10.407/02 e 10.520/03)

Estamos em São Paulo, vendendo baterias 2 com custo de 5,00 reais e cada 100kWh (watt-hora). Informações: [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

**DEBITOS ANTERIORES**

Referência	Valor (R\$)
05/2018	50,13
<b>Total</b>	<b>50,13</b>

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 2712224-7 Referência:

Data de Emissão: 20/06/2018 Total a Pagar

Nº da Nota Fiscal: 530017531 Nº do Conto

83860000000-0 46520031000-3 00





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Felipe Giovanni Marques Lobo inscrito (a) no CPF/CNPJ 234.193.913-37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO PIRES DE MOURA LOBO inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.909.263 / 23, do sinistro de DPVAT cobertura INURVIA 2 da Vitima FABIO PIRES DE MOURA LOBO inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Frei Mano</u>		Número <u>605</u>	Complemento _____
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Salvador</u>	Estado <u>Bahia</u>	CEP <u>02.100-000</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(71) 99605-0011</u>		Telefone celular (DDD) <u>(71) 99477-4532</u>	

Sobral 11 de Julho de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Felipe Giovanni Marques Lobo inscrito (a) no CPF/CNPJ 234.193.913-32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO PIRES DE MOURA LOPES inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.909.263 / 23, do sinistro de DPVAT cobertura INURVIA 2 da Vitima FABIO PIRES DE MOURA LOPES inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

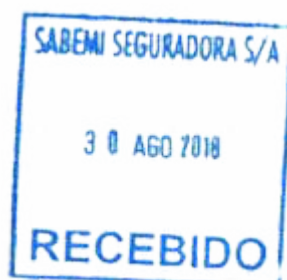
☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Frei Mano</u>		<u>005</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Boa Vista</u>	<u>Salvador</u>	<u>Ba</u>	<u>02.100-000</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(35) 99605-0011</u>		<u>(35) 99477-4532</u>	



Sobral de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LOINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERTO,  
 RG nº 20303107703-5, data de expedição 06/10/2005,  
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 019.991.033-27, com  
 domicílio na cidade de SABRAL, no Estado de  
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Francisco Volpato Cavalcante, nº 674,  
 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 FABIO NORTON DO NASCIMENTO, cujo o condutor era  
FABIO NORTON DO NASCIMENTO.

Veículo: MOTOCICLETA  
 Modelo: HARDA CG 160 FAN  
 Ano: 2015/2016  
 Placa: PVF 8027  
 Chassi: 9L2KC2200GR102451  
 Data do Acidente: 19/04/2018  
 Local e Data: SABRAL 10 DE JULHO DE 2018

-> LOINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERTO  
 Assinatura do Declarante

FABIO NORTON DO NASCIMENTO LIBERTO  
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Modesto de Carvalho  
 4º OFÍCIO NOTAS E REGISTRO  
 Rua Cel. Joaquim Nabuco, N.º 437 - Centro  
 CEP: 62.011-020 - Sobral - CE - (85) 3631-1393  
 E-mail: cartorio@modestodecarvalho.com

Reconheço a(s) assinatura(s) de LOINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERTO  
☒ por autenticidade / ☐ por semelhança, sua(s) fei-  
 to(s) em testemunho da veracidade da(s) veracidade

10 JUL. 2018 Sobral - CE

☐ ANTONIO MAURICIO DE CARVALHO - TABELA  
☐ THALES GONCALVES DE CARVALHO - SUBSTITUIÇÃO  
☐ MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.  
☐ RAIMUNDO NONATO ALVES - ESC. SUBST.  
☐ LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.

VALIDO(A) SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE.





# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LOI NDEMBERG DO NASCIMENTO LISBERTO,  
 RG nº 00303107703-5, data de expedição 06/10/2005,  
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 019.991.033-27, com  
 domicílio na cidade de Sobral, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Francisco Vitorino Cavalcante, nº 674,  
 complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

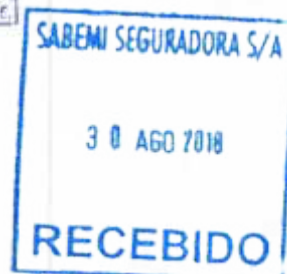
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima FABIO DIETEN DO NASCIMENTO, cujo o condutor era  
FABIO DIETEN DO NASCIMENTO.

Veículo: motocicla  
 Modelo: honda CG 160 Fan  
 Ano: 2015/2016  
 Placa: RUF 827  
 Chassi: 9C2KC2200GR102451  
 Data do Acidente: 19/04/2019  
 Local e Data: Sobral 10 de julho de 2019.

Loi Nderberg do Nascimento Lisberto  
 Assinatura do Declarante

Fabio Dieten do Nascimento Lisberto  
 Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

	Cartório Modesto de Carvalho 4º OFÍCIO NOTAS E REGISTRO Rua Cel. Joaquim Ribeiro, N.º 157 - Centro CEP 62.911-005 - Sobral - CE - 19 (88) 3513-1591 E-mail: cc.4oficio@hotmail.com	Reconheço a(s) assinatura(s) em <u>Loi Nderberg do Nascimento Lisberto</u> <input checked="" type="checkbox"/> Por autenticidade ( ) por semelhança, Dou Fé em Testemunho da Veracidade. <u>10 JUL 2018</u> Sobral - CE
	[ ] ANTONIO MAURICIO DE CARVALHO - TABELA 1 [ ] THALES GONCALVES DE CARVALHO - SUBSTITUTO [ ] MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST. [ ] RAIMUNDO NONATO ALVES - ESC. SUBST. [ ] LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST. VALIDADE SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE.	



# TRAUMATOLOGIA

44344625

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20771 | 20/04/20

Etiqueta Atendimento

*Amarelo*

ATEND.: 5159090 DT. ATEND.: 20/04/2018 - 07:57  
PATR.: 377927 NASCIMENTO.: 03/04/1979  
NOME.: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO  
NME.: LUCIA IVRIA DO NASCIMENTO LIBERATO  
CPF.: 82590626320 CNB: 898004060846343 SUBFACIL:  
ENDER.: RUA LUIS SANTOS ALBUINO 937  
BAIRRO: TERRENO NOVO - SOBRAL

-CE- CEP: 62051570

### Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR, EDEMA E RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS, RX JÁ NO SISTEMA.

### Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, \_\_\_\_\_, ( ☒ Paciente ( ☐ Responsável  
(Grau de Parentesco) \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde ( não - urgente ) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_

*Fabio Irton*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COMO ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
GERENTE

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

# TIPO DE TRAUMA

- ☒ TCE    ☐ ABDOMINAL    ☐ TORÁCICO    ☐ ORTOPÉDICO    ☐ POLITRAUMA  
☐ ESPANCAMENTO    ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ PAI    ☐ MÃE:    ☐ OUTROS    ☐ PAI    ☐ PADASTRO    ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

HDA DO MÉDICO: \_\_\_\_\_



CONDUTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature: André de Almeida*

Ass. Médico - CRM

Audy Rocha de Oliveira  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CPF: 370.742.887-72  
 CRM: 2411

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO    ☒ CARDIOLÓGICO    ☐ NEUROLÓGICO    ☐ OFTALMOLÓGICO  
☐ CIRÚRGICO    ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO    ☐ OTORRINO    ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO    ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

SABEM SEGURODORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

## OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO:    ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA    ☐ HOSPITAL DE ORIGEM    ☐ OUTROS

## ALTA DO PACIENTE

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

Hora: \_\_\_\_\_

Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Maria Cleide da Silva  
 COORDENADORA





PACIENTE: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO

DATA: 14/05/2018

IDADE: 40 ANOS

CONVÊNIO: PARTICULAR ©

### LAUDO RADIOGRÁFICO

#### RX TORNOZELO DIREITO AP/P:

Presença de Material de imobilização gessado.

Aumento das Partes moles.

Traço de Fratura distal da fíbula.

Entesófitos na projeção de inserção da fásia plantar.

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

  
DR. MICHEL SANTOS PALHETA

CRM 9275

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA**

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20749 | 19/04/2018 22:57:42

Edição Atendimento

Aten: 5168774 Dt. Atende: 19/04/2018 - 23:01  
Reg.: 379927 Dt Nasc: 03/04/1979  
Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO  
End.: RUA LUIS SANTOS AGUIAR 937  
TERRENO NOVO; SOBRAL-CE; CEP: 62051570

**Descrição da História Prévia do Atendimento:**

PACIENTE 40 ANOS VITIMA DE QUEDA DE MOTO REFERE DOR EM TORNOZELO E PÉ DIREITO COM PRESENÇA DE HÁLITO ETÍLICO DEAMBULANDO COM DIFICULDADE.

**Sinais Vitais do Paciente:**

Pressão Arterial: 140/90, Nº Pulso: 100, Nº Freq. Resp.: , DX: , Temperatura:

Eu Fabio Irtton do Nascimento, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) AVO, RG Nº DECLARADO, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humaniza SUS, sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_

Fabio

Assinatura do Paciente ou Responsável



Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

# TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE    ☐ ABDOMINAL    ☐ TORÁCICO    ☐ ORTOPÉDICO    ☐ POLITRAUMA  
☐ ESPANCAMENTO    ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ PAI    ☐ MÃE:    ☐ OUTROS    ☐ PAI    ☐ PADASTRO    ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

HDA DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Ass. Médico CRM

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO    ☐ CARDIOLÓGICO    ☐ NEUROLÓGICO    ☐ OFTALMOLOGICO  
☐ CIRÚRGICO    ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO    ☐ OTORRINO    ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO    ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

## OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO:    ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA    ☐ HOSPITAL DE ORIGEM

ALTA DO PACIENTE

CONFERE COM O ORIGINAL  
 MARIA CLÉIDE J. SILVA  
 COORDENADORA

SABEMI SEGURODORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO



# TRAUMATOLOGIA

44344625

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20771 | 20/04/20

Etiqueta Atendimento

*Amarelo*

ATEND.: 5159090 DT. ATEND.: 20/04/2018 - 07:57  
PATR.: 377927 NASCIMENTO.: 03/04/1979  
NOME.: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO  
NME.: LUCIA IVRIA DO NASCIMENTO LIBERATO  
CPF.: 82590626320 CNE: 898004060846343 SUBFACIL:  
ENDER.: RUA LUIS SANTOS ALBUINO 937  
BAIRRO: TERRENO NOVO - SOBRAL

-CE- CEP: 62051570

### Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR, EDEMA E RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS, RX JÁ NO SISTEMA.

### Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, \_\_\_\_\_, ( ☒ Paciente ( ☐ Responsável  
(Grau de Parentesco) \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde ( não - urgente ) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

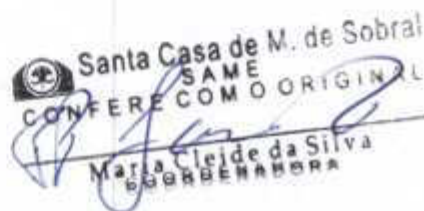
2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_

*Fabio Irton*

Assinatura do Paciente ou Responsável



# TIPO DE TRAUMA

- ☒ TCE    ☐ ABDOMINAL    ☐ TORÁCICO    ☐ ORTOPÉDICO    ☐ POLITRAUMA  
☐ ESPANCAMENTO    ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ PAI    ☐ MÃE:    ☐ OUTROS    ☐ PAI    ☐ PADASTRO    ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

HDA DO MÉDICO: \_\_\_\_\_



CONDUTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature: André de Almeida*

Ass. Médico - CRM

Audy Rocha de Oliveira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CPF: 370.742.887-72  
CRM: 2411

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO    ☒ CARDIOLÓGICO    ☐ NEUROLÓGICO    ☐ OFTALMOLÓGICO  
☐ CIRÚRGICO    ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO    ☐ OTORRINO    ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO    ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

## OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO:    ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA    ☐ HOSPITAL DE ORIGEM    ☐ OUTROS

## ALTA DO PACIENTE

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

Hora: \_\_\_\_\_

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
*Handwritten signature: Maria Cleide da Silva*  
 Maria Cleide da Silva  
 COORDENADORA





PACIENTE: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO

DATA: 14/05/2018

IDADE: 40 ANOS

CONVÊNIO: PARTICULAR ©

### LAUDO RADIOGRÁFICO

#### RX TORNOZELO DIREITO AP/P:

Presença de Material de imobilização gessado.

Aumento das Partes moles.

Traço de Fratura distal da fíbula.

Entesófitos na projeção de inserção da fásia plantar.

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

DR. MICHEL SANTOS PALHETA

CRM 9275

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA**

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20749 | 19/04/2018 22:57:42

Endereço Atendimento

Aten: 5168774 Dt. Atende: 19/04/2018 - 23:01  
Reg.: 379927 Dt Nasc: 03/04/1979  
Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO  
End.: RUA LUIS SANTOS AGUIAR 937  
TERRENO NOVO; SOBRAL-CE; CEP: 62051570

**Descrição da História Prévia do Atendimento:**

PACIENTE 40 ANOS VITIMA DE QUEDA DE MOTO REFERE DOR EM TORNOZELO E PÉ DIREITO COM PRESENÇA DE HÁLITO ETÍLICO DEAMBULANDO COM DIFICULDADE.

**Sinais Vitais do Paciente:**

Pressão Arterial: 140/90, Nº Pulso: 100, Nº Freq. Resp.: , DX: , Temperatura:

Eu FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) AVO, RG Nº DECLARADO, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo o Protocolo Humaniza SUS, sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação de risco (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

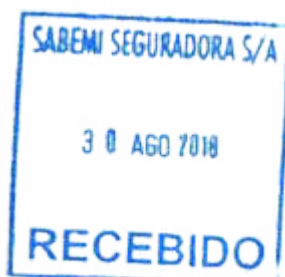
2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_

FABIO

Assinatura do Paciente ou Responsável



Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE    ☐ ABDOMINAL    ☐ TORÁCICO    ☐ ORTOPÉDICO    ☐ POLITRAUMA  
☐ ESPANCAMENTO    ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL  
☐ PAI    ☐ MÃE:    ☐ OUTROS    ☐ PAI    ☐ PADASTRO    ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

HDA DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO    ☐ CARDIOLÓGICO    ☐ NEUROLÓGICO    ☐ OFTALMOLOGICO  
☐ CIRÚRGICO    ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO    ☐ OTORRINO    ☐ ODONTOLÓGICO  
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO    ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO  
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE  
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

CONFERE COM O ORIGINAL  
 MARIA CLÉIDE J. SILVA  
 COORDENADORA

OBSERVAÇÃO: DESTINO

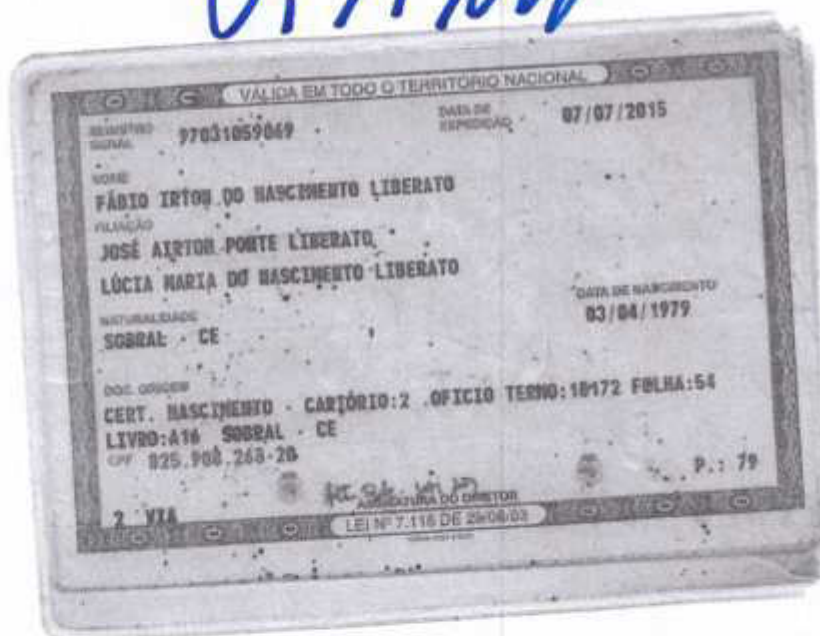
- ☐ INTERNADO:    ☐ CLÍNICO    ☐ CIRÚRGICO  
☐ ALTA  
☐ TRANSFERÊNCIA    ☐ HOSPITAL DE ORIGEM

ALTA DO PACIENTE





VITIMA



SABEM SEGURODORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.


Assinatura

FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 12/10/

VSTIMA

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

Nº de Inscrição **826908263-70** Data de Nascimento **03/04/79**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
CAPTURA NACIONAL DE HABILITACÃO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1497615130

Nome: **CELIO GIOVANI MARQUES LINO**

DOC. IDENTIFIC. / ORDEM DE M. **089109** **MTA** **CE**

CNPJ **284.193.913-07** DATA NASCIMENTO **15/04/1967**

Nome **JOSE LINO BARBOSA**

Nome **FRANCISCA VALDÊNIA MARQUES LINO**

Matrícula **04249328769** **NO** **CEARA** **AS**

1ª EMISSÃO **09/03/2023** 1ª VALIDADE **15/03/1986**

Observações:

SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR *[Assinatura]*

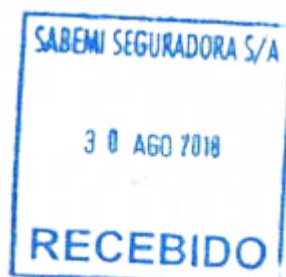
Nome **JOSE LINO BARBOSA** DATA EMISSÃO **15/03/2018**

Assinatura do Emissor *[Assinatura]* 92681871024  
CE164058109

CEARA

PROVIDO PLASTIFICAR  
1497615130

PRO CUM OUT  
DO PROCESSO





SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADIAS

Nº 013868858252

DETTRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

EXERCICIO 2017  
RNTTC 0000000000

PPT 01 01064788677

NOME LINDBERG DO NASCIMENTO LIBERAT

SOBRAL

PLACA 01999103327

CHASSI 9C2KC2200GR102451

COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

HONDA/CG 160 FAN ESD

CATEGORIA PARTIC

VERMELHA

2P/OCV/162CC

VENO/COTAS 1\*

2\*

3\*

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

DATA 24/11/2017

SOBRAL

Local

Assinatura

VEICULO OPERADO POR UMOS PESSOAS CANCELADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE TERRESTRE SUPOR SUAS CARGAS A RESCASS  
TRANSFORMADAS EM NAUO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013868858252 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2017

DATA EMISSÃO 24/11/2017

PLACA PNF8627

RENAVAM 01064788677

CHASSI 9C2KC2200GR102451

COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

HONDA/CG 160 FAN ESD

CATEGORIA PARTIC

VERMELHA

2P/OCV/162CC

VENO/COTAS 1\*

2\*

3\*

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

00105

PNF8627

COD RENAVAM

01064788677

159623 00209

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.000/0001-04

00105

MOTOR: KC22E06102451



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180403738 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO IRTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
**LIBERATO**

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº758614/2018, DATADO EM 21/08/2018, QUESITO 2º: "EDEMA DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO DO PÉ DIREITO - SEQUELA DE 50% ". PERITO: FERNANDA NOBRE MOURA LEAL - UF:10444.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





Governo do Estado do Ceará  
Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE  
Coordenadoria De Medicina Legal - COMEL

## EXPEDIÇÃO DE MALOTE

Número do Malote

**621132**

Data e Emissor

28/08/2018 - 16:57

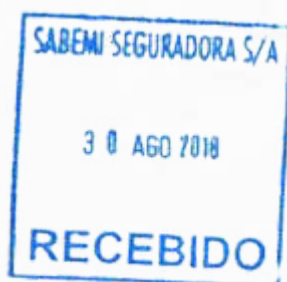
MARIA.GLEISE

Órgão de Destino

### PARTE INTERESSADA

#### LAUDOS PERICIAIS

REGISTRO	ANO	PERICIANDO E TIPO EXAME	GUIA	ANO	ENTRADA
758614	2018	FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO SEGURO DPVAT	/		21/08/2018



#### Responsável pelo Recebimento do Malote

Nome	Matrícula	Data



Registro N. **758614 / 2018**

Digitacao: 27/08/2018 (MARIA.GLEISE)  
Livro: 10 Pagina:132

Enviar para **DELEGACIA MUNICIPAL DE MORRINHOS**

**EXAME SEGURO DPVAT**

Em 21 de agosto de 2018, nesta cidade de Sobral, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**FERNANDA NOBRE MOURA LEAL** CREMEC Nº: 10444

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

**FABIO IRTON DO NASCIMENTO LIBERATO**

a fim de ser atendida a requisição de nº / , emitida pelo (a) **DELEGACIA MUNICIPAL DE MORRINHOS** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 15:11h de 21/08/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando fazer exame de lesão corporal para fins de DPVAT. Teria sofrido acidente de moto no dia 19 de abril de 2018. Apresenta relatório hospitalar da emergência da Santa Casa de Sobral onde teria dado entrada em data compatível com a do acidente. O raio-x, datado e assinado pelo médico Dr. Michel Santos palheta CRM 9275 evidenciou traço de fratura distal da fíbula.

AO EXAME: Edema de tornozelo direito. Limitação da rotação do pé direito (sequela parcial incompleta de repercussão média 50%).

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexa causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

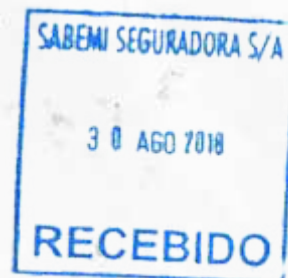
Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**Sequela parcial incompleta de repercussão média 50%**

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

FERNANDA NOBRE MOURA LEAL  
CREMEC Nº: 10444



Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código 492d5f5e32856a72



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Lindemberg do Nascimento Liberato*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6/10/20

2003031077035

LINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERATO

JOSE AIRTON PONTE LIBERATO E LUCIA MARIA DO NASCIMENTO LIBERATO

25/7/1985

SOBRAL-CE

CERT. NASC. 50415 L A/43 F

SOBRAL/CE

*PROPRIETÁRIO DA MOTO*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

019.991.033-27

Nome

LINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERATO

Nascimento

25/07/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

7E8C.CB54.9B4D.EB83

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 08:49:01 do dia 13/07/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2016

RECEBIDO



Nº DO CLIENTE

7735416-8

Para aplicar sua documentação, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Atividades de Energia Elétrica  
do grupo pelo Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valério, 180  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.043.351/0001-70 | CEF 08.126.948-2

enei

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

529597177

Rote 11 32000 13 022500 - 8

Data de Emissão 18/06/2018

Nome ARNALDO DO NASCIMENTO LIBERATO

End. Postal AV FRANCISCO ALFREDO CAVALCANTE 00674

CIDADE DOUTOR JOSE EUCLIDES - SOBRAL -

Medidor 23519698

Posta 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 013580873-18

CGF

Nome do Responsável

DÍTAS

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência

Data da Apresentação

Próxima Lâmina

Conjunta

CRQ

Jun/2018

18/06/2018

17/07/2018

Mês

Abr/2018

R\$ 17,12

ÍNDIC.

Base de Cálculo (kW)

Alíquota

Valor do Imposto

Mensal

Trimestral

Anual

Mensal

Trimestral

Anual

49,30

27,00%

13,51

DIO

5,13

10,26

20,52

0,00

0,00

0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC

3,30

6,60

13,20

0,00

0,00

0,00

DMIC

2,94

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lâmina Atual

Lâmina Anterior

Const. Consumo (kW)

Const. Incl. Consumo (kW)

Const. Excl. Consumo (kW)

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

FP 11254

11199

1,00

65

0,00

65

0,75000

49,30

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

65

65

65

65

65

18/06/18

18/05/18

30 0148

65

65

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Lindemberg do Nascimento Liberato*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6/10/20

2003031077035

LINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERATO

JOSE AIRTON PONTE LIBERATO E LUCIA MARIA DO NASCIMENTO LIBERATO

25/7/1985

SOBRAL-CE

CERT. NASC. 50415 L A/43 F

20 SOBRAL/CE

*PROPRIETÁRIO DA MOTO*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

019.991.033-27

Nome

LINDEMBERG DO NASCIMENTO LIBERATO

Nascimento

25/07/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

7E8C.CB54.9B4D.EB83

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 08:49:01 do dia 13/07/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO



Nº DO CLIENTE

7735416-8

Para aplicar sua documentação, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Atividades Sociais de Energia Elétrica  
do Estado do Rio de Janeiro  
Lei nº 13.428  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valério, 180  
CEP 60030-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.043.331/0001-70 | CEF 08.126.949-2

enei

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

529597177

Rote 11 32000 13 022500 - 8

Data de Emissão 18/06/2018

Nome ARNALDO DO NASCIMENTO LIBERATO

End. Postal AV FRANCISCO ALFREDO CAVALCANTE 00674

CIDADE DOUTOR JOSE EUCLIDES - SOBRAL -

Medidor 23519698

Posta 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 013580873-18

CGF

Nome do Responsável

DÍTAS

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Lâmina

Jun/2018 18/06/2018 17/07/2018 Mês

Mês

ÍNDIC.

Base de Cálculo (kW) Alíquota Valor do Imposto

49,30 27,00% 13,31 DIC 5,13 10,30 20,7 0,30 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL FIC 3,30 6,60 13,20 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,94 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lâmina Atual Lâmina Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 11254 11199 1,00 65 0,00 65 0,75000 49,30

18/06/18 18/05/18 30 0148 65 49,30

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 49,30

JUROS DO MES 0,70

CORRECAO MONETARIA DO MES 1,07

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 5,61

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,98)

FATURAMENTO DO PROPRIO PROPRIETARIO DA MOTO

VENCIMENTO 25/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 56,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 49,30  
Tributos 1,07  
Tributos (TOM PIS-COFINS) 5,61  
TOTAL 56,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

62 65 56 76 57 69 69 65 61 64 68 58  
Mês Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai JunCONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Compensação Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

25,38 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:  
Informamos existir débitos vencidos em nosso sistema há esta data, no valor de R\$ 49,44. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.DÉBITOS ANTERIORES  
Max. Ant. 18/06/18 49,44Consta desta fatura R\$ 1,91 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:1,20%  
(Lâmina: 9 Ref: 180-2408 - MÊS: 6 Ref: 18-037-00 e 18-037-01)Estando na Bandeira Vermelha pagar 2 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh  
(Iluminação Pública). Informações: www.enei.gov.br

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente 7735416-8 Referência Jun/2018  
Data de Emissão 18/06/2018 Total a Pagar (R\$) 56,68  
Nº da Nota Fiscal 529597177 Nº da Control 0007735416 00022 39232 56

83800000000-9 56680031000-9 00077354160-8 00223923246-8





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180322404 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO IRTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
LIBERATO

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

**Data da análise:** 06/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180403738 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO IRTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
**LIBERATO**

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº758614/2018, DATADO EM 21/08/2018, QUESITO 2º: "EDEMA DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO DO PÉ DIREITO - SEQUELA DE 50% ". PERITO: FERNANDA NOBRE MOURA LEAL - UF:10444.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180403738 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO IRTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
LIBERATO

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº758614/2018, DATADO EM 21/08/2018, QUESITO 2º: "EDEMA DO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO DO PÉ DIREITO - SEQUELA DE 50% ". PERITO: FERNANDA NOBRE MOURA LEAL - UF:10444.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180322404 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO IRTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
**LIBERATO**

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

**Data da análise:** 06/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** FABIO DIETON DO NASIMENTO LIBRATO, brasileiro(a),  
 estado civil Solteiro, profissão Medico, CI RG nº  
97031054069, CPF/MF nº 825.908.263-20, residente e domiciliado(a)  
 à Rua Av Francisco Ulfrico Cavalcante, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP:  
62.100-000, telefone (86) 99605-0011, (86) 99437-4532.

**OUTORGADO:** Elcio Giovanni Marques Loiola, e  
 CPF sob o nº 234.195.913-87, com endereço cito à  
 RG sob o número 88399385, na cidade de  
Sobral, Estado do Ceará.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgante para:  
 Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por  
 escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o  
 andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
 Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.  
 Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
 documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Sobral, 10 de Julho de 20 18.



Fabio Dieton do Nascimento Librato  
 OUTORGANTE

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** FABIO PIETON DO NASIMENTO LIBERATO, brasileiro(a),  
 estado civil Solteiro, profissão Perceiro, CI RG nº  
97031054069, CPF/MF nº 825.908.263-20, residente e domiciliado(a)  
 à Rua Av Francisco Alfredo Cavalcante, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP:  
62.100-000, telefone (86) 99605-0011, (86) 99437-4532.

**OUTORGADO:** Elcio Giovanni Marques Loiola, e  
 CPF sob o nº 234.195.913-87, com endereço cito à  
 RG sob o número 88399385, na cidade de  
Sobral, Estado do Ceará.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgante para:  
 Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por  
 escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o  
 andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
 Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.  
 Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
 documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Sobral, 10 de Julho de 20 18.



Fabio Pieton do Nascimento Liberato  
 OUTORGANTE