

---

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: 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**



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 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.seguradoraslider.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, 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 LIBERATO      **Data do acidente:** 19/04/2018      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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.

#### E 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

825.908.263-20

Nome completo da vítima

Fábio Alfonso de Noronha Lacerda

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

Nome completo

Fábio Alfonso de Noronha Lacerda

CPF titular da conta

825.908.263-20

Profissão

Pescador

Endereço

Av Francisco Alves Cordeiro

Número

674

Complemento

Bairro

Litorânea

Cidade

Sobral

CEP

02.400-000

Email

Telefone (DDD)

(85) 99005-0011

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

Nº

CONTA

Nº

0554

260 444

Informar dígito se existir

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

INHO

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

INHO

Nome

D/V

CONTA

Nº

INHO

INFORMAR dígito se existir

INHO

INFORMAR dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Snobol - 11 de Julho de 2018  
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

Fábio Alfonso de Noronha Lacerda  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

0554.013.260-444-7



COMPROVANTE DE ARRESTO  
COMPROVANTE DANGLARIO





## 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.

#### E 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

825.908.263-20

Nome completo da vítima

Fábio Alfonso de Noronha Lacerda

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

Nome completo

Fábio Alfonso de Noronha Lacerda

CPF titular da conta

825.908.263-20

Profissão

Pescador

Endereço

Av Francisco Alves Cordeiro

Número

674

Complemento

Bairro

Litorânea

Estado

SC

CEP

802-000-000

Email

Telefone (DDD)

(42) 99005-0011

Cidade

Sobral

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo,

### DECLARAÇÃO DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

RECLUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

Nº

0554

CONTA

Nº

260 444

Informar dígito se existir

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

INHO

AGÊNCIA

Nº

000

DATA

00/00/00

CONTA

Nº

000

INHO

Informar dígito se existir

0554.013.260-444-7



COMPROVANTE PAVIMENTO





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 e 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. 091-099-1-0

Responsável/Reg.: Fabio Irton do nascimento Liberato

SABENI 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 e 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. 091-099-1-0

Responsável/Reg.: Fabio Irton 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

Fábio Irton do Nascimento

CPF da Vítima

025.903.263-25

Data do Acidente

19/04/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Email

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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

30301    11 de Julho de 2018  
Local e Data

RECEBIDO

Fábio Irton do Nascimento  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*RK*

*SPLA*

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

*CSP*

Informações do Paciente:

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

Eloqua Atendimento

Atend: 5168774 Dt. Atender: 19/04/2018 - 23:01  
Rec.: 25729227 Dt. Nasc: 03/04/1977  
Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LINERATO  
End.: RUA LUIS SANTOS AGUIAO 937  
TERRENS HOMOS: 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 Ireq. Resp: , DX: , Temperatura:

*Eu, Fabio Irton do Nascimento, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) FABIO IRTON DO NASCIMENTO LINERATO, RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que:*

1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humanizado SU, 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 complicaçāo 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 \_\_\_\_

*de Fabio*

Assinatura do Paciente ou Responsável





2712224-7  
Para agendar sua leitura, entre em contato  
empre que precisar com contato direto.

Foi criada pela Lei nº 10.438  
do dia 26 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE  
CNPJ 07.204.225/0001-70 | CGF 06.105.048-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

530017531

Rota 13 32000-06 007910 - 2 Data de Emissão 20/06/2018  
Nome CELIO GEOFANI MARQUES LINO  
End. Postal RU FRI ALVARO 00665 LJ 03  
ALTO DO CRISTO - SOBRAL - 62100000  
Medidor 11406186 Posto 0000 0000  
Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL\_HONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 284193913-87 CGF  
Nome do Responsável

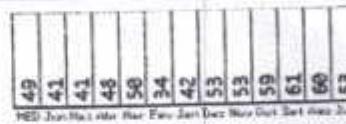
DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês da Referência	Data da Apresentação	Provisão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Jun/2018 20/06/2018 19/07/2018			Conjunto		SIBAL I				
			Mês		Ago/2018				
			Padrão	Sistema P	Apuração Individual				
			Manual	Trim.	Anual	Manual	Trim.	Anual	
ICMS			DIC	5,87	18,15	20,38	0,00	0,00	0,00
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	RIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
31,24	27,80%	8,43	DMIC	2,86		9,00			
<b>ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL</b>									
725E, 7C1B, 2B81, F7D, C1D1, 8221, 6988, 1C83									
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO</b>									
Lef. Atual	Lef. Anterior	Consumo (kWh)	Conta, Ind.	Conta, Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)			
FP 6563	6522	1.00	41	0,00	41	0,76294	31,24		
20/06/18	18/05/18	33.008	41				31,24		
<b>DESCRIÇÃO</b>									
VALOR CONSUMO DO MES 31,24									
MULTA HORATORIA REF 05/2018 0,59									
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,42									
JUROS DO MES 0,58									
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 13,69									
- ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 2,82 )									

*ENDELCO DO. Mo curso*

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Enegria .....	11,82
Transmissão .....	1,43
Distribuição .....	0,52
Encargos Setor Iaii .....	1,88
Tributos (IPI/PIS/COFINS) .....	9,63
TOTAL .....	31,24



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

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )
16,01	0,00	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prévio aviso  
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso.  
Sobre o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto no Reg. NEEC 42-18, arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito e à Autoridade de Proteção. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIRES

Referência	Valor (R\$)
05/2018	56,13
Total	56,13

Consta desta fatura R\$ 1,30 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,6% e COFINS=3,2%.

Estou em desacordo com a tarifa de 31,24 reais e cito 100% (cem por cento). Informações: www.aneel.gov.br

SABEM SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 2712224-7 Referência: Total a Pagar  
Data de Emissão: 20/06/2018 Nº de Conta:  
Nº da Nota Fiscal: 530017531

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 fazenda 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Felio Giorni na que loko inscrito (a) no CPF/CNPJ 234.893.913-371 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felio Giorni na que loko inscrito (a) no CPF sob o N° 025.409.263-21, do sinistro de DPVAT cobertura Inváliz da Vítima Felio Giorni na que loko inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, 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>Dra. Gru Muro</u>	Número <u>005</u>
Bairro <u>Vila do astro</u>	Complemento <u>-</u>
Cidade <u>Selvral</u>	Estado <u>Pará</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(67) 99605-0011</u>	CEP <u>62.100-000</u>
Email <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(67) 99477-4532</u>

Sobral 11 de Julho de 2014  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**SABENI SEGURADORA S/A**  
13 JUL 2018  
**RECEBIDO**



## 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 fazenda 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Felio Giorni na que loko inscrito (a) no CPF/CNPJ 234.893.913-371 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felio Giorni na que loko inscrito (a) no CPF sob o N° 025.409.263-21, do sinistro de DPVAT cobertura Inváliz da Vítima Felio Giorni na que loko inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, 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>Dra. Gru Muro</u>	Número <u>005</u>
Bairro <u>Vila do astro</u>	Complemento <u>-</u>
Cidade <u>Selvral</u>	Estado <u>Pará</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(67) 99605-0011</u>	CEP <u>62.100-000</u>
Telefone celular (DDD) <u>(67) 99477-4532</u>	

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

Sobral / de Julho de 2018  
Local e Data

JG  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fábio Mirtônio do Nascimento Líberato,  
RG nº 2003031047703-5, 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)

M/ Francisco Vitorino Covolante nº 674,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Fábio Mirtônio do Nascimento, cujo o condutor era  
Fábio Mirtônio do Nascimento.

Veículo: moto u20  
Modelo: Honda CB 160 FAN  
Ano: 2015 / 2016  
Placa: PWF 8627  
Chassi: 4L2KC2200GR102451  
Data do Acidente: 19/04/2018  
Local e Data: Sobral 10 de julho de 2018

->

X Fábio Mirtônio do Nascimento Líberato

Assinatura do Declarante

C

X Fábio Mirtônio do Nascimento Líberato

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



Cartório Modesto de Carvalho  
4º Ofício MOTAS E REGISTRO  
Rua Dr. Joaquim Ribeiro, nº 157 Centro  
CEP 62110-020 - Sobral - CE - P. (88) 3631-3993  
E-mail: [modestocarvalho@gmail.com](mailto:modestocarvalho@gmail.com)

Reconhecido e assinado por Fábio Mirtônio do Nascimento Líberato  
Por autenticidade e para comprovação da feitura  
do testemunho da mercê  
10 JUN 2018  
Sobral - CE  
ANTONIO MAURICIO DE CARVALHO TABA  
THALES GOMES DE CARVALHO - SUBST.  
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.  
RAIMUNDO NOMATO ALVES - ESC. SUBST.  
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.  
VALIDO(A) SOMENTE COM O SÉLO DE AUTENTIDADE.



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fábio Nascimento Liberto,  
RG nº 200303107703-5, 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)  
M/ Francisco 107 Faro Covilante, nº 674,  
complemento  , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Fábio Nascimento, cujo o condutor era  
Fábio Nascimento.

Veículo: Motociclo  
Modelo: Honda CG 160 FAN  
Ano: 2015 / 2016  
Placa: PNF 9627  
Chassi: 9C2KC2200GR102451  
Data do Acidente: 19/04/2018  
Local e Data: Sobral 10 de julho de 2018

Fábio Nascimento Liberto  
Assinatura do Declarante

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



# TRAUMATOLOGIA

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

AU384625

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20771 | 20/04/20

Etiologia Atendimento

Anarela

ATEND.: 5169090 DT. ATEND.: 20/04/2018 - 07:57

NASC.: 37792 NASCIMENTO.: 03/04/1979

NOME.: FABIO JERTON DO NASCIMENTO LIBERATO

MPE.: LUCIA MARIA DO NASCIMENTO LIBERATO

CPF.: 02390824320 CNH.: 890064060845343 SUS/ACTL.:

ENDER.: RUA LUIZ SANTOS ALVIM 937

PAÍS: TERRITÓRIO NACIONAL - SOBRAL

-DE- CEP: 62051570

U

↗

### 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:

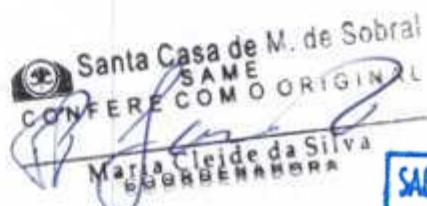
1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, 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 complicaçāo 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 Jerton  
Assinatura do Paciente ou Responsável



## TIPO DE TRAUMA

- |                                       |                                    |                                   |   |                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TCE          | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> TORÁCICO | <input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO       | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA   |
| <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO |                                    |                                   | <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL |                                       |
| <input type="checkbox"/> PAI          | <input type="checkbox"/> MÃE:      | <input type="checkbox"/> OUTROS   | <input type="checkbox"/> PAI              | <input type="checkbox"/> PADASTRO     |
|                                       |                                    |                                   |   | <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO |

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

HDA DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

*C*

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

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Ass. Médico - CRM

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

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO  
 CIRÚRGICO  
 TENTATIVA DE SUICÍDIO

- CARDIOLÓGICO       NEUROLÓGICO  
 TRAUMAT. ORTOPÉDICO       OTORRINO  
 OUTROS

- OFTALMOLÓGICO  
 ODONTOLÓGICO

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO  
 SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE  
 INTERNAÇÃO

 CLÍNICO CIRÚRGICO

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

## OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:       CLÍNICO       CIRÚRGICO  
 ALTA  
 TRANSFERÊNCIA       HOSPITAL DE ORIGEM       OUTROS

Santa Casa de N. de Sobral  
SAME  
COMPERE COM O ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

## ALTA DO PACIENTE

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

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



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.

C Traço de Fratura distal da fíbula.

Entesófitos na projeção de inserção da fáscia plantar.

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

DR. MICHEL SANTOS PALHETA

CRM 9275

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

*RK*

*SPLA*

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

*CSP*

Informações do Paciente:

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

Eloqua Atendimento

Atend: 5168774 Dt. Atender: 19/04/2018 - 23:00  
Rec.: 25729227 Dt. Nasc: 03/04/1977  
Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LINERATO  
End.: RUA LUIS SANTOS AGUIAO 937  
TERRENS HOMOS: 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 Ireq. Resp: , DX: , Temperatura:

*Eu, Fabio Irton do Nascimento, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) ADOLFO, RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que:*

1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humanizado SU, 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 complicaçāo 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 \_\_\_\_

*de Fabio*

Assinatura do Paciente ou Responsável



**TIPO DE TRAUMA**

- |                                       |                                    |                                   |   |                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TCE          | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> TORÁCICO | <input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO       | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA   |
| <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO |                                    |                                   | <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL |                                       |
| <input type="checkbox"/> PAI          | <input type="checkbox"/> MÃE       | <input type="checkbox"/> OUTROS   | <input type="checkbox"/> PAI              | <input type="checkbox"/> PADASTRO     |
|                                       |                                    |                                   |   | <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO |

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO:

0

HDA DO MÉDICO:

SARA  
GALLO

9

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO:

CRM  
Georgina Kallal  
Ass. Médico - CRM**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

- |  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO               | <input type="checkbox"/> CARDIOLÓGICO        | <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO             | <input type="checkbox"/> TRAUMAT. ORTOPÉDICO | <input type="checkbox"/> OTORRINO    | <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO  |
| <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO | <input type="checkbox"/> OUTROS              |                                      |  |

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO  
 SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE  
 INTERNAÇÃO

 CLÍNICO CIRÚRGICO

CONFIRME  
de N. do Sagrada  
SAMÉ  
COMO ORIGINAL  
Maria Cleide J. S. Lima  
COORDENADORA

**OBSERVAÇÃO: DESTINO**

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INTERNADO:    | <input type="checkbox"/> CLÍNICO            | <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO |
| <input type="checkbox"/> ALTA          |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA | <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE ORIGEM |                                    |

ALTA DO PACIENTE

SABEMI SEGURADORA S/A
13 JUL 2018
RECEBIDO

# TRAUMATOLOGIA

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

AU384625

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 20771 | 20/04/20

Etiologia Atendimento

Anarela

ATEND.: 5169090 DT. ATEND.: 20/04/2018 - 07:57  
NASC.: 377929 NASCIMENTO.: 03/04/1979  
NOME.: FABIO JERTON DO NASCIMENTO LIBERATO  
NOME.: LUCIA MARIA DO NASCIMENTO LIBERATO  
CPF.: 02390826320 CNH.: 890064060845343 SUS/ACTL.:  
ENDER.: RUA LUIZ SANTOS ALVIM 937  
BAIRRO: TERENOS NOVOS - SOBRAL DE 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 quanto 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 complicaçāo 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.

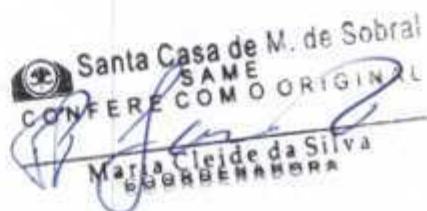
Sobral/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_

Fabio Tato  
Assinatura do Paciente ou Responsável

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO



## TIPO DE TRAUMA

- |                                       |                                    |                                   |   |                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TCE          | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> TORÁCICO | <input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO       | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA   |
| <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO |                                    |                                   | <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL |                                       |
| <input type="checkbox"/> PAI          | <input type="checkbox"/> MÃE:      | <input type="checkbox"/> OUTROS   | <input type="checkbox"/> PAI              | <input type="checkbox"/> PADASTRO     |
|                                       |                                    |                                   |   | <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO |

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

HDA DO MÉDICO:

*C*

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

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Ass. Médico - CRM

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

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO  
 CIRÚRGICO  
 TENTATIVA DE SUICÍDIO

- CARDIOLÓGICO       NEUROLÓGICO  
 TRAUMAT. ORTOPÉDICO       OTORRINO  
 OUTROS

- OFTALMOLÓGICO  
 ODONTOLÓGICO

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO  
 SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE  
 INTERNAÇÃO

 CLÍNICO CIRÚRGICO

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

## OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:       CLÍNICO       CIRÚRGICO  
 ALTA  
 TRANSFERÊNCIA       HOSPITAL DE ORIGEM       OUTROS

Santa Casa de N. de Sobral  
SAME  
COMPERE COM O ORIGINAL  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

## ALTA DO PACIENTE

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

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



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.

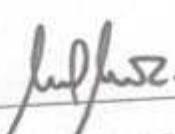
Traço de Fratura distal da fíbula.

Entesófitos na projeção de inserção da fáscia plantar.

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

  
DR. MICHEL SANTOS PALHETA

CRM 9275

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

*RK*

*SPLA*

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

*CSP*

Informações do Paciente:

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

Eloqua Atendimento

Atend: 5168774 Dt. Atender: 19/04/2018 - 23:01  
Rec.: 25729227 Dt. Nasc: 03/04/1977  
Nome: FABIO IRTON DO NASCIMENTO LINERATO  
End.: RUA LUIS SANTOS AGUIAO 937  
TERRENS HOMOS: 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 Ireq. Resp: , DX: , Temperatura:

*Fabio, Tito de Oliveira, ( ) Paciente ( ) Responsável*  
(Grau de Parentesco) *ADOLESCENTE*, RG Nº *333333333333333333*, declaro que:

1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo Humanizado SU, 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.

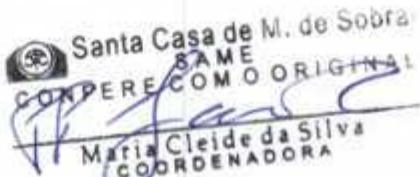
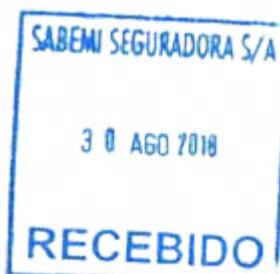
2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicaçāo durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

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 \_\_\_\_

*de Fabio*

Assinatura do Paciente ou Responsável



**TIPO DE TRAUMA**

- |                                       |                                    |                                   |   |                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TCE          | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> TORÁCICO | <input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO       | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA   |
| <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO |                                    |                                   | <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL |                                       |
| <input type="checkbox"/> PAI          | <input type="checkbox"/> MÃE       | <input type="checkbox"/> OUTROS   | <input type="checkbox"/> PAI              | <input type="checkbox"/> PADASTRO     |
|                                       |                                    |                                   |   | <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO |

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO:

0

HDA DO MÉDICO:

SARA  
GALLO

P

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO:

CRM - GOIAS  
Sociedade Brasileira de  
Medicina Legal

Ass. Médico - CRM

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

- |  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO               | <input type="checkbox"/> CARDIOLÓGICO        | <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO             | <input type="checkbox"/> TRAUMAT. ORTOPÉDICO | <input type="checkbox"/> OTORRINO    | <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO  |
| <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO | <input type="checkbox"/> OUTROS              |                                      |  |

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

SABEMI SEGURADORA S/A  
30 AGO 2018  
**RECEBIDO**

- COM MEDICAÇÃO  
 SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE  
 INTERNAÇÃO

 CLÍNICO CIRÚRGICO

CONFIRA SE ESTE DOCUMENTO  
ESTÁ CORRESPONDENTE  
AO ORIGINAL  
Maria Cleide J. da Silveira  
COORDENADORA

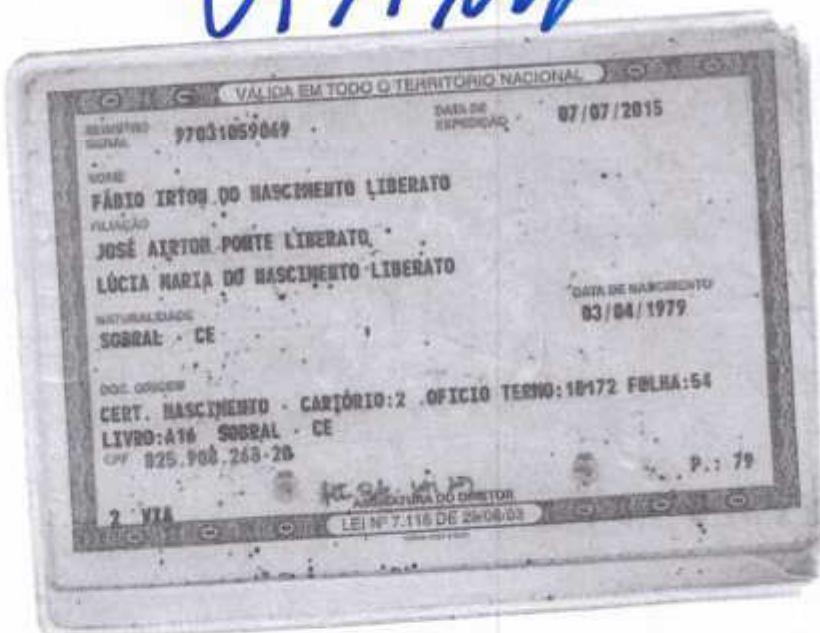
**OBSERVAÇÃO: DESTINO**

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INTERNADO:    | <input type="checkbox"/> CLÍNICO            | <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO |
| <input type="checkbox"/> ALTA          |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA | <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE ORIGEM | <input type="checkbox"/>           |

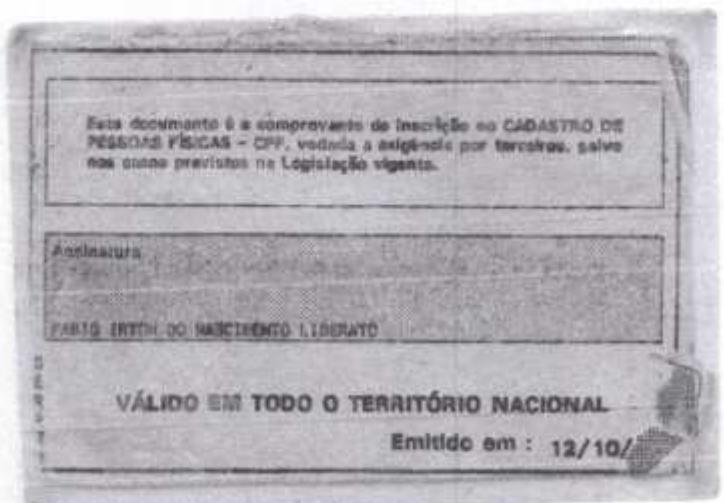
ALTA DO PACIENTE



VÍTIMA

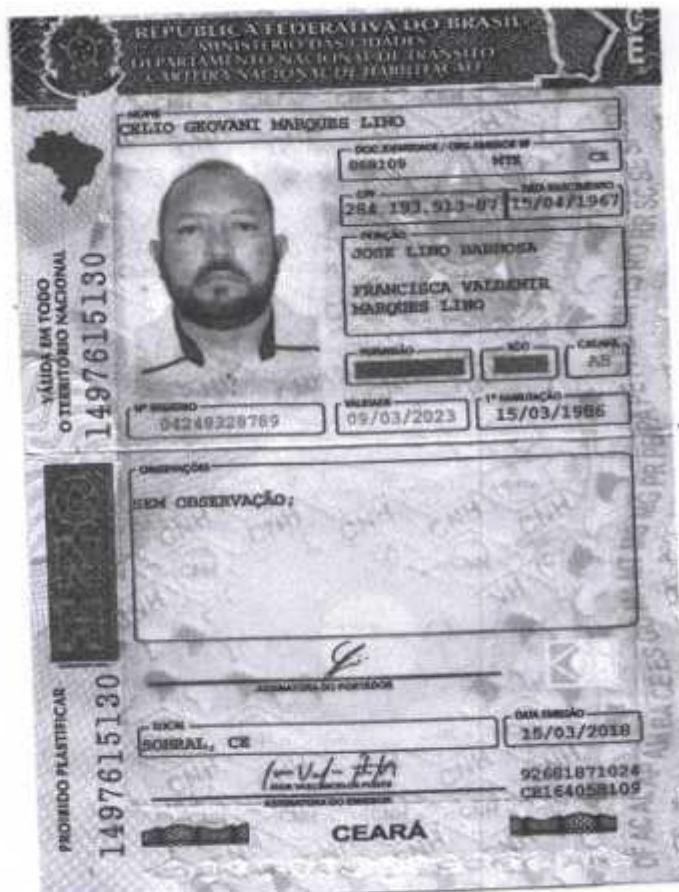


SABEMI SEGURADORA S/A  
13 JUL 2018  
RECEBIDO



VICTIMA





PRO CURS OUT  
DO PROCESSO

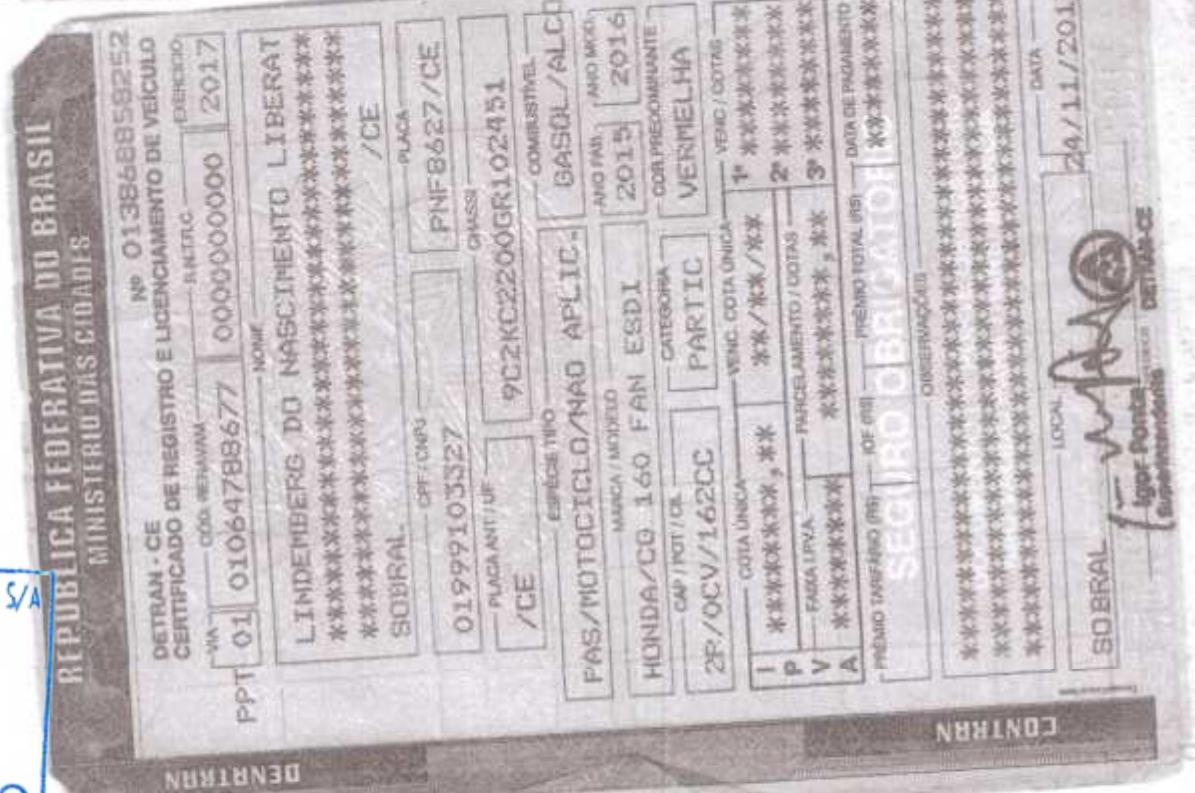


SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

CE Nº 0138688958252 BILHETE DE SEGURO DPVAT		RECIBO CE Nº 0138688958252																															
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR</a></b></p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																	
<table border="1"> <tr> <td>PLACA</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td>PNF8627</td> <td>24/11/2017</td> </tr> <tr> <td>01999103327</td> <td>01/2017</td> </tr> <tr> <td>HONDA/CG 160 FAH ESD</td> <td>MARCA/MODELO</td> </tr> <tr> <td>01664788677</td> <td>01/2017</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>NR. CHASSI</td> </tr> <tr> <td>9C2KG22006GR102451</td> <td>09/2015</td> </tr> </table>		PLACA	DATA EMISSÃO	PNF8627	24/11/2017	01999103327	01/2017	HONDA/CG 160 FAH ESD	MARCA/MODELO	01664788677	01/2017	09	NR. CHASSI	9C2KG22006GR102451	09/2015	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">PRÉMIO TARIFÁRIO</td> </tr> <tr> <td>RESUMO ANNUAL (R\$)</td> <td>RESUMO SEMESTRAL (R\$)</td> </tr> <tr> <td>9,03</td> <td>90,33</td> </tr> <tr> <td>81,29</td> <td>811,29</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO BILHETE (R\$)</td> <td>VALOR DA COBERTURA (R\$)</td> </tr> <tr> <td>0,7</td> <td>105,5</td> </tr> <tr> <td>PAGAMENTO</td> <td>DATA DE OBTACAO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td>23/11/2017</td> </tr> </table>		PRÉMIO TARIFÁRIO		RESUMO ANNUAL (R\$)	RESUMO SEMESTRAL (R\$)	9,03	90,33	81,29	811,29	VALOR DO BILHETE (R\$)	VALOR DA COBERTURA (R\$)	0,7	105,5	PAGAMENTO	DATA DE OBTACAO	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	23/11/2017
PLACA	DATA EMISSÃO																																
PNF8627	24/11/2017																																
01999103327	01/2017																																
HONDA/CG 160 FAH ESD	MARCA/MODELO																																
01664788677	01/2017																																
09	NR. CHASSI																																
9C2KG22006GR102451	09/2015																																
PRÉMIO TARIFÁRIO																																	
RESUMO ANNUAL (R\$)	RESUMO SEMESTRAL (R\$)																																
9,03	90,33																																
81,29	811,29																																
VALOR DO BILHETE (R\$)	VALOR DA COBERTURA (R\$)																																
0,7	105,5																																
PAGAMENTO	DATA DE OBTACAO																																
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	23/11/2017																																
<p><b>RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.</b></p> <p><b>00105</b></p> <p><b>PNFB627</b></p> <p><b>COD. REBAHAM</b></p>																																	
<p><b>SEGURO LÍDER - DPVAT</b></p> <p><b>00105</b></p> <p><b>PNFB627</b></p> <p><b>COD. REBAHAM</b></p>																																	
<p><b>MOTOR:</b> KC22E06102451</p> <p><b>CHP:</b> 01064788677</p>																																	



CE Nº 013868858252		ASSINATURA							
013868858252 BILHETE DE SEGURO DPVAT		RECEBIDO CE Nº							
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES EXTRAS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR</a></b></p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>		<p>DE</p> <p>DATA EMISSÃO 2017 / 24 / 11 / 2017</p> <p>PLACA PNF 8627</p> <p>marca / modelo HONDA/CB 160 FAH ESD</p> <p>IPVA 2015</p> <p>902KCZ2000GR102451</p>							
<p>01 01999105327</p> <p>01064788671</p> <p>ANO/FIM 2015</p>		<p><b>PRÉMIO TARIFFÁRIO</b></p> <table border="1"> <tr> <td>FRETE</td> <td>SEGURO MOTO</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>81,29</td> <td>9,03</td> <td>90,33</td> </tr> </table> <p>VALOR MÍNIMO DE PAGAMENTO 4,15</p> <p>PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO <input checked="" type="checkbox"/> A VENCER</p> <p>DATA DE VENCIMENTO 23 / 11 / 2017</p>		FRETE	SEGURO MOTO	CUSTO DO SEGURO (R\$)	81,29	9,03	90,33
FRETE	SEGURO MOTO	CUSTO DO SEGURO (R\$)							
81,29	9,03	90,33							
		<p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p>CPAF 06-2016-000001-64</p>							
CE Nº 013868858252		<p>RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA</p> <p>00105</p> <p>PNF 8627</p> <p>COO. RENAVAM</p> <p>0106478867</p> <p>159623 002</p>							

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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

/

21/08/2018

SEGURO DPVAT



#### Responsável pelo Recebimento do Malote

Nome

Matrícula

Data

Registro N. 758614 / 2018

Digitacão: 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 fibula.

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 nexo 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 [pefoce.ce.gov.br](http://pefoce.ce.gov.br) e informe o código 492dd5f692086af2



# PROPRIETÁRIO DA MOTO



Nº DO CLIENTE

7735416-8

Para agilizar seu atendimento, basta o nº de  
conta que sempre aparece no seu extrato.A Tarifa Social da Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.408

de 26 de setembro de 2002

Companhia Energética do Ceará

Praça Pedro II, 1000 - Fortaleza - CE

CNPJ: 07047327/0001-70 | CGF: 08.106.949-1

enet

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

529597177

Rota 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 Posto 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 013580873-18 CGF  
 Nome do Responsável

## DETAS

Mês da Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda em verso desta conta.
Jun/2018 18/06/2018 17/07/2018		Mês	Período
			EOD 17/06

## ITEMS

Base de Cálculo (kWh)	Aluguel	Nº de Impostos	Mês	Sexta	Sábado	Domingo	Outros	Total
49,30	27,00	15,31	DIC	5,13	10,30	26,7	0,00	49,30
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL	PIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,30	0,00	
1299,0049,001,042E,81E3,8726,868B,FE9E	DMIC	2,94						0,00

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lanç. Atual ( ) Lanç. Anterior ( ) Conat. ( ) Consumo (kWh) ( ) Cons. Incl. ( ) Cons. Pct. ( ) Tarifa (R\$/kWh) ( ) Valor R\$

PF 11254 11183 1,00 55 0,00 0,00 49,30 49,30

18/06/18 16/25/18 03/01/00 0,00 49,30

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	49,30
JUROS DO MES	0,70
CORRECÃO MONETARIA DO MES	1,07
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	5,61
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 2,98 )	

*ENDEMO 10 no PNEU NO DA MOTO*

VENCIMENTO	25/06/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	56,68
------------	------------	---------------------	-------

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Itens	Valor
Consumo	49,30
Impostos	15,31
Tributos	3,30
Encargos Salariais	2,94
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	0,00
TOTAL	56,68

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul
63	65	56	76	57	69	69	64	53	61	56	58	58

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub>, kg/kWhCompreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Cogeração Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

25,38 0,00

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## CONTAS EM ATRASO

PERÍODO DE VENCIMENTO:  
 Informamos existir débitos vencidos que acarretarão multa ate 20% da  
 data, no valor de R\$ 49,44. Seu fornecimento de energia elétrica será  
 suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não  
 paga.

DEBITOS ATENDIDOS

Data Atend.

Valor Atend.

05/2018 49,44

Consta neste Fatura R\$ 1,91 referente à Fatura anterior (multa): R\$ 0,68 + CIP/IB: 1,23  
 multa, a taxa: 100,00%, IPI: 10,00% e ICMS: 10,42% R\$ = R\$ 49,44Estamos em bandeira vermelha, pague 2 com custo de 5,00 reais a cada 100 kWh  
 kilowatt-hora. Informações: www.enel.gov.br

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

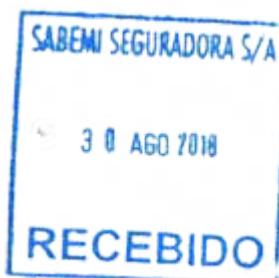
RECEBIDO

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 de Controle: 0007735416 00022 39232 56

83500000000-9 56680031000-9 00077354160-8 00223923246-8



# PROPRIETÁRIO DA MOTO





# 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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 MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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

**Valorização 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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:** Fábio Díezon do Nascimento Liderato, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão Advogado, CI RG nº  
97031059069, CPF/MF nº 825.908-263-20, residente e domiciliado(a)  
à Rua Av Francisco Ulrico Coriolante, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP: 62.100-000, telefone (16) 99605-0019, 16299432-4532.

**OUTORGADO:** Elvio Giovani Marques Lino, e  
CPF sob o nº 234.193-913-87  
RG sob o número 83399385  
Rua José Lino, 605, Vila do Antônio, com endereço cito à  
Sobral, Estado do Ceará, na cidade de

**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.

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2018

RECEBIDO

Sobral, 10 de julho de 20 18.

*Jeferson Liderato Intendente de varasamento Liderato*  
OUTORGANTE

Reconheço als) Firmado(s)	<i>Jeferson Liderato</i>
Por autenticidade ( ) por semelhança, seu(s) F.	
Em Testemunho ( ) da verdade.	
10 JUL. 2018	Sobral - CE

ANTÔNIO MAURÍCIO DE CARVALHO - TABELLÃO  
THALES GUIMARÃES DE GARCIA - SUBSTITUTO  
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.  
RAMUNDO NONATO ALVES - ESC. SUBST.



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** *Fábio Díezon do Nascimento Liderato*, brasileiro(a),  
 estado civil *sólo*, profissão *pescador*, CI RG nº  
97031059069, CPF/MF nº 825.908-263-20, residente e domiciliado(a)  
 à Rua *Av Francisco Ulisses Coriolano*, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP: 62.100-000, telefone (16) 99605-0019, (16) 99432-4532.

**OUTORGADO:** *Elio Giovani Marques Lino*, e  
 CPF sob o nº 234.193-913-87  
 RG sob o número 83399385, com endereço citado à  
*Rua José Lino, 605, Vila do Antônio*, 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 2018.

*Fábio Intendente Nascimento Liderato*  
**OUTORGANTE**

Reconheço als) Firmado(s)	<i>Fábio Intendente Nascimento Liderato</i>
Por autenticidade ( ) por semelhança, seu(s) F.	<i>Liderato</i>
Em Testemunho ( ) da verdade.	<i>Sobral - CE</i>
10 JUL. 2018	

ANTÔNIO MAURÍCIO DE CARVALHO - TABELLÃO  
 THALES GUIMARÃES DE CARVALHO - SUBSTITUTO  
 MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.  
 RAMUNDO NONATO ALVES - ESC. SUBST.

