
Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180123348

Vitima: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 21/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180123348**.

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, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3180123348**

Vítima: **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **21/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **SOLANGE DE SOUZA FERREIRA**

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 3180123348** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Carta n°: 12649444

A/C: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180123348
Vitima: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 21/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SOLANGE DE SOUZA FERREIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.181,25

Banco: 104

Agência: 000000613

Conta: 0000058200-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.181,25

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

628.357.523-40

Nome completo da vítima

Vitor Ferreira de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Vitor Ferreira de Oliveira	CPF titular da conta	628.357.523-40	Profissão	Estudante
Endereço	Rua Joana fernandes Cesar	Número	260	Complemento	
Bairro	Areias II	Cidade	Iguatu	Estado	CE
Email					Telefone (DDD) (88) 99943-6923

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

--	--

NRO

--

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0613 58200 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/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.

Iguatu-CE, 26 de fevereiro de 2018

Local e Data

Vitor Ferreira de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

MBM
SEGURADORA

16 MAR 2018

DPVAT/RJ

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

690074



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 6647 / 2017**Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 08/11/2017 11:34:03

Data / Hora da Ocorrência: 21/10/2017 15:45:00

Endereço da Ocorrência: SITIO BARRA

Complemento:

Bairro:

Município: IGUATU/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento: 07/02/2000 CPF:

RG : Orgão Emissor:

Filiação: SOLANGE DE SOUZA FERREIRA

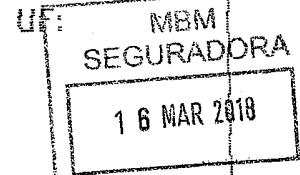
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JODANA FERNANDES CESAR, 260

Bairro: AREIAS II

Município: IGUATU/CE

País: BRASIL

CEP: 58200-000
Telefone: (88) 99331-6000 DPVAT/RJ**Dados do(s) Veículo(s)**

1º Place: PMGB112 Uf: CE Município: IGUATU Chassi:
9G2JB010DHR245298 Renavam: 1112B59281 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/POP 110I Ano Fabricação:
2017 Ano Modelo: 2017 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA
Proprietário: MICHEL DA SILVA VIEIRA Situação: NÃO INFORMADO
Endereçamento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta delegacia O DECLARANTE, nesta data , e informado das penas da falsa comunicação de crime e contravenção penal. Art 340 e 342 do C.P.B, informou que no local e horário supracitado acima, trafegava como GARUPEIRO na moto' acima qualificada, e tendo como CONDUTOR: FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA, que só sofreu pequenas escoriações; Que o condutor ao fazer uma curva sobrou na mesma vindo a cair; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros, até o Hospital Regional Igatu e sendo atendido pelo DR. MONTEVV DE FREITAS PASCUAL, que segundo o laudo do médico FRATUROU A BACIA E TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do DECLARANTE.

[Assinatura]
Delegado de Polícia de Igatu
Matrícula: 000-000-000-000-000

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Vitor Ferreira de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A): _____

DELEGAÇÃO REGIONAL DE IGUATU

Pág. 1 de 2

[Impressão em: 13/12/2017 às 08:38:33]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGAÇÃO REGIONAL DE IGUATU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 6617 / 2017

WESLEY ALVES DE ARAUJO = MAT.: 300549-1-1

Wesley Alves de Araujo
Delegado(a) da Pólicia Civil
Mat.: 300549-1-1

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

Vitor Ferreira de Oliveira

CPF da Vítima

628.357.523-40

Data do Acidente

21.10.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (88) 99943-6923

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Igatu-CE, 26 de Fevereiro de 2018

Local e Data



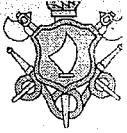
Vitor Ferreira de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA



REGISTRO DE SOCORRO N°

TURNO _____

RESGATE N°	P.B.	→ DATA: 21/10/17
NOME: VÍTOR FERREIRA DE OLIVEIRA		
IDADE: 17	SEXO: F () M (x)	
LOCAL DE OCORRÊNCIA: SITIO GAMALEIRAS		
BAIRRO: ZONA RURAL		

HORA DA OCORRÊNCIA: 15:45
CHEGADA AO LOCAL:
SAÍDA DO LOCAL:
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:04
SAÍDA DO HOSPITAL:
CHEGADA AO P.B.: 16:25

TIPO DE OCORRÊNCIA

01. (x) ACIDENTE DE TRÂNSITO	05. () AFOGAMENTO	09. () MAL SÚBITO () OUTROS
02. () AGRESSÃO	06. () QUEIMADURA	10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
03. () DESABAMENTO	07. () CHOQUE ELÉTRICO	11. () JÁ REMOVIDO
04. () INTOXICAÇÃO	08. () QUEDA	12. () FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTOCICLETA

DOENÇAS ANTERIORES:

35.025.022/0001-90

MEDICAMENTOS:

ESTADO DO CEARÁ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

COR	AV. MAL	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO ()	BAIRRO: BAIRRO CENTRO, 1294	QUENTE () SECA ()	SUPERFICIAL ()
PÁLIDO ()	CEARA ()	FRIA () ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()
CONGESTO ()		NORMAL (x) NORMAL (x)	NORMAL (x)
NORMAL (x)			AUSENTE ()

PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE (x) IRREGULAR ()	NORMAL (x)	AUSENTE ()
FRACO () AUSENTE ()	RETARDADO ()	MÍNIMO (x)
REGULAR ()	AUSENTE ()	MODERADO ()
		INTENSO ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA (x)	NORMAL (x)	D 2 mm E 2 mm
RESPONDE A COMANDOS ()	CONFUSA ()	3 3 mm
RESPONDE A ESTÍMULOS ()	INTELIGÍVEL ()	4 4 mm
SEM RESPOSTA ()	NENHUMA ()	5 5 mm
		6 6 mm
		7 7 mm
		8 8 mm
		9 9 mm

SINAIS VITAIS:

HORA: _____

P.A.: _____

FR.: _____

PULSO: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: ESCARRAGEM EN ARTIBASO ESQUERDO
DOROME, DORES NAS PERNAS, NA LOMBAR, CÔCCIX, TORAX, GLASGOW 15

ACOMPANHANTE: _____

PROCEDIMENTO REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO
- () CURATIVOS
- () OXIGÊNIO
- () BANDAGENS
- () ASSIST. VENTILATÓRIA
- () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS
- () RCP
- () FÉRULA DE TRAÇÃO
- () ASSIST. OBSTÉTRICA
- () LÍQUIDO EV.

- (x) PRANCHALONGA () PRANCHA CURTA () COLAR CERVICAL
- () PRANCHA CURTA () SEGURADORA
- () OUTROS

16 MAR 2018

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
- () VISTO
- () PIORADO
- () 23/10/2017
- (x) INALTERADO
- () LÍQUIDO EV.

HOSPITAL DE DESTINO:

Rayma Vital

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

- () ANTES DO SOCORRO
- () ANTES DO TRANSPORTE
- () NO TRANSPORTE

SIT CESAR CR PAUL
SOCORRISTA

DECLARATÓRIO DEATO DO

COMPROVAÇÃO

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU					
SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Igatu-CE CEP: 63502-100 CNPJ: 07.568.138/0001-45 Fone: (88) 3566-7700/195 (gratuito) www.saaeiguatu.ce.gov.br					
INSCRIÇÃO	CLAUSE	TARIFA	ECONOMIAS	MÉTROPOLE	
0024443.4	PAR	RES	RES01 COM IND PUB OUT	10/2017	
592018	09/09/17	00:00:00	27.0000003530	770287480	
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR					
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA					
RUA JOANA FERNANDES CESAR 260, AREIAS II					
CEP: 63.500-000 IGUATU-CE					
SERVIÇOS E TARIFAS					
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR		
01	ÁGUA	01/01	41,26		
13	AVISO DE DÉBITO EM 28/09/2017	01/01	3,00		
16	MULTA POR ATRASO - 09/2017	01/01	1,17		
16	MULTA POR ATRASO - 08/2017	01/01	0,77		
17	ENCARGOS (09/2017) 8 DIAS	01/01	0,16		
17	ENCARGOS (08/2017) 39 DIAS	01/01	0,38		
39	RELIG. EMERGENCIAL 06/10/17	01/01	27,00		
42	CONTRIBUIÇÃO A P.A.E	01/01	1,00		
HIDROMETRIA					
ULTIMOS CONSUMOS					
LEITURA	DATA				
ANTERIOR.: 1191	18/09/17				
ATUAL.....: 1206	18/10/17				
CONSUMO.: 15	DIAS:29				
LEITURISTA: 02	OCC:00				
MÉDIA: 12 m ³					
ABR MAI JUN JUL AGO SET OUT					
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
RESERVATÓRIO: 01-ETA COCOBO		PERÍODO: 10/09/17 À 10/10/17			
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO		
COR	ATE 150H	01	10,00		
PH	6,9	01	7,40		
CLORO	ATE 5 M	01	2,50		
TURBIDEZ	ATE 5 UFT	01	1,20		
FLUOR	ATE 15	01	0,81		
PARABÉNS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE					
VENCIMENTO	28/10/2017	VALOR RS	74,75		
CONSUMIDOR					
SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Igatu-CE CEP: 63502-100 CNPJ: 07.568.138/0001-45 Fone: (88) 3566-7700/195 (gratuito) www.saaeiguatu.ce.gov.br					
INSCRIÇÃO	TIPO	NOVA	ADENTRADA NO VERSO		
0024443.4	FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA	10/2017			
VENCIMENTO	28/10/2017	VALOR RS	74,75		
SAAE	TIPO	NOVA	ADENTRADA NO VERSO		
0024443.10.17.170287480					
82680000000-0 74750253002-1 44431017170-7 28748000004-4					



MBM
SEGURADORA

16 MAR 2018

DPVAT/RJ

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU Rua: Engenheiro Wilson Correia Lima, 772 - Prado - Igatu/CE CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45 Fone: (88) 3566-7700/195 (gratuito) www.saae.iguatu.ce.gov.br																																																
INSCRIÇÃO 0024443.4	CLASSE PAR	TARIFA RES	MÊS 10/2017																																													
HISTÓRICO 592018	INSCRIÇÃO 09/01/08	LIGAÇÃO 00:00:27.0000003530	TF0287480																																													
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR																																																
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA RUA JOANA FERNANDES CESAR 260, AREIAS II CEP: 63.500-000 IGUATU-CE																																																
SERVIÇOS E TARIFAS																																																
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR																																													
01	ÁGUA	01/01	41,26																																													
13	AVISO DE DÉBITO EM 28/09/2017	01/01	3,00																																													
16	MULTA POR ATRASO - 09/2017	01/01	1,17																																													
18	MULTA POR ATRASO - 08/2017	01/01	0,77																																													
17	ENCARGOS (09/2017) 8 DIAS	01/01	0,16																																													
17	ENCARGOS (08/2017) 39 DIAS	01/01	0,39																																													
39	RELIG. EMERGENCIAL 06/10/17	01/01	27,00																																													
42	CONTRIBUIÇÃO A P.A.E	01/01	1,00																																													
HIDROMETRIA																																																
ULTIMOS CONSUMOS <table border="1"> <tr> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>ABR</th> <th>MAI</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OUT</th> </tr> <tr> <td>ANTERIOR.: 1191</td> <td>18/09/17</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>13</td> <td>19</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>ATUAL.....: 1206</td> <td>18/10/17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO.: 15</td> <td>DIAS:28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LEITORISTA: 02</td> <td>OCC:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>MÉDIA: 12 m³</p>				LEITURA	DATA	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	ANTERIOR.: 1191	18/09/17	9	9	10	15	13	19	16	ATUAL.....: 1206	18/10/17								CONSUMO.: 15	DIAS:28								LEITORISTA: 02	OCC:00							
LEITURA	DATA	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT																																								
ANTERIOR.: 1191	18/09/17	9	9	10	15	13	19	16																																								
ATUAL.....: 1206	18/10/17																																															
CONSUMO.: 15	DIAS:28																																															
LEITORISTA: 02	OCC:00																																															
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA																																																
RESERVATÓRIO: 01-ETA COCOBO		PERÍODO: 10/09/17 À 10/10/17																																														
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANALISE	VALOR MÉDIO																																													
COR	ATE 150H	01	10,00																																													
PH	6,5 a 9	01	7,40																																													
CLORO	ATE 5 M	01	2,50																																													
TURBIDEZ	ATE SUT	01	1,20																																													
FLUOR	ATE 15	01	0,81																																													
PARABENSI O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE																																																
VENCIMENTO	28/10/2017	VALOR R\$	74,76																																													
CONSUMIDOR SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUATU Rua: Engenheiro Wilson Correia Lima, 772 - Prado - Igatu/CE CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45 Fone: (88) 3566-7700/195 (gratuito) www.saae.iguatu.ce.gov.br																																																
INSCRIÇÃO 0024443.4	NOME FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA	MÊS 10/2017																																														
VENCIMENTO	28/10/2017	VALOR R\$	74,76																																													
0024443.10.17.170287480 82680000000-0 74750253002-1 44431017170-7 28748000004-4																																																



MBM
SEGURADORA
16 MAR 2018
DPVAT/RJ

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Solange de Souza Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.529.843 / 26, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Uiton Ferreira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 628.357.523 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Uiton Ferreira de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 628.357.523 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

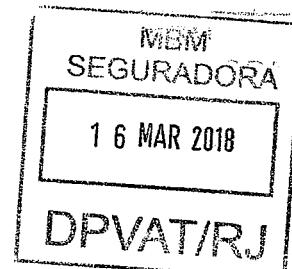
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua Joana Fernandes Cesar	Número	260	Complemento
Bairro	Atelias II	Cidade	Iguatu	Estado CE CEP 63510-000
Email		Telefone comercial(DDD)	(88)99943-6923	Telefone celular (DDD) (88) 99478-7647

Iguatu/CE 26 de Fevereiro de 2018
Local e Data

x Solange de Souza Ferreira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, michel da silva vieira,
RG nº 3008696081-9 data de expedição 03/08/2016
Órgão SSP, portador do CPF nº 074.056.973-21, com
domicílio na cidade de Siquatu, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Jose Rosa de matos - Bairro José paulo, nº 770
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 +Vitor Ferreira da Oliveira, cujo o condutor era
Francisco milton Oliveira

Veículo: moto
Modelo: Honda/POP 110I
Ano: 2017 - 2017
Placa: P MG - 6572
Chassi: 9E2JBO100HR245298
Data do Acidente: 21-10-2017
Local e Data: IGUATU - CE 28.11.2017

michel da silva vieira

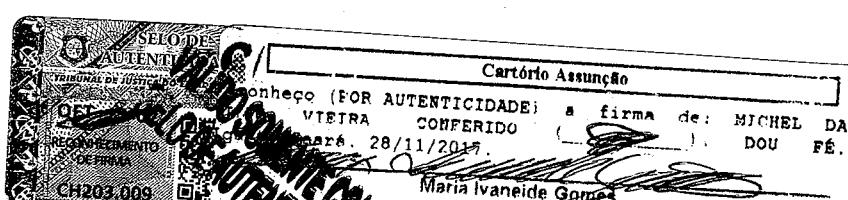
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Francisco milton Oliveira

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

(Sem reconhecimento de firma)



Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

02/02

Obs.

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 02636	Atendimento 0004	Nome do Paciente VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA		CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 20080226110			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 07/02/2000	Local MARACANAÚ/CE				Idade 17 Ano(s)	
Pai FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA		Mãe SOLANGE DE SOUZA FERREIRA				
Endereço RUA PROJETADA, 260		Bairro AREIAS PARQUE	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88 94278
Profissão	Empresa	Cônuge				
Responsável SOLANGE DE SOUZA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROJETADA, 260	Município IGUATU			UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/10/2017	Hora 16:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MONDEVV DE FREITAS PASCOAL			CRM/UF 13877/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente UGICATE			Funcionário RAYSSA MARIA VIDAL DE OLIVEIRA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / /		às _____ hs.	Tipo de Saída () Alta (x) Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mm/p)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

* Paciente alérgico a diphosamina e buscopan; (Aludrox)

Partiu de Itambé em volta das 16h + muito magro

Reboli Rx de Cetona + Brx.

Revolto Rx de ceto

- Traumatismo Somb + 5 FQ's, KV 24h 17:20.

- Vertigem Tont Tom, (enfado)

Revolto C RUTINA+URADA DE MOTA

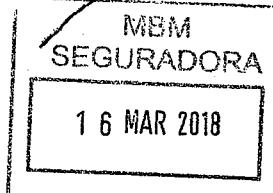
- ~~Abdome g/m, 3 Amp/IV - RAIOS X COM LINHA SUGESTIVA DE~~

~~Fratura em Bacia DIREITA.~~

- CO: OBSERVAÇÃO E AGUARDO AVIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

MONDEVV DE FREITAS-PASCOAL CRM: 13877

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SOLANGE DE SOUZA



DPVAT/RJ

20/10 - 21pm

Part of the equipment was
Aldeyza

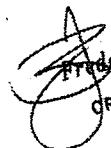
(+) Tramadol 100mg + 5FS9% IV. 810m ~~20/10 05:28:55~~

(+) Profund 1a + 5FS, K. 12/12. F

④ Mayonnaise 1ap + Inf AD (freezer. SIN)

3ml. the solvent is the
fatty.

Força SUD agora ~~08:30~~


FREDERICK DE SOUZA
MEDICO
CREMEC 17.240

22 OUT. 2017

Policlínica Regional de Iguatu - Dr. Manoel Carlos de Gouvêa

Paciente: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/02/2000
Data do Exame: 23/10/2017
Procedência: Paciente Interno

Nº do Paciente: 19318
Solicitante:
Nº do Exame:
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR**TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Os corpos vertebrais estudados são alinhados e apresentam altura, forma e densidades usuais.

Elementos posteriores estudados íntegros.

Articulações interapofisárias preservadas.

O canal vertebral ósseo apresenta amplitude usual.

Os discos intervertebrais têm altura e densidade usuais.

Não há evidências de protrusões discais significativas na região estudada.

Os forames de conjugação estudados são livres e apresentam amplitudes usuais.

Aumento do espaço articular sacroiliaco esquerdo, com solução de continuidade óssea na margem ilíaca e pequeno desalinhamento associado.

CONCLUSÃO:

Tomografia computadorizada da coluna lombar sem alterações significativas.

Diástase da articulação sacroiliaca esquerda, com traço de fratura em sua margem ilíaca, conforme acima descrito.

Observação: Imagem de litíase no rim direito.

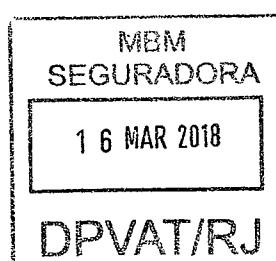
Assinado Eletronicamente por:

Dra. Andresa Baiak CRM 18146 PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 27/10/2017 10:20:59 GMT -3 DST (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



Policlínica Regional de Iguatu - Dr. Manoel Carlos de Gouvêa

Paciente: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/02/2000
Data do Exame: 23/10/2017
Procedência: Paciente Interno

Nº do Paciente: 19319
Solicitante:
Nº do Exame:
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA**TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Aumento do espaço articular sacroilíaco esquerdo, notando-se áreas de solução de continuidade óssea nas porções mais posteriores de sua margem ilíaca, com pequeno desalinhamento ósseo associado.

Solução de continuidade óssea do ramo ilíio púbico direito. Não há desalinhamento significativa associado.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Articulações fêmoro-acetabulares de contornos regulares.

Articulações sacro-ilíacas e sínfise púbica conservadas.

Não há sinais de derrame articular.

Planos musculares e tendíneos sem alterações tomográficas.

CONCLUSÃO:

Diástase da articulação sacroilíaca esquerda, com traço de fratura em sua margem ilíaca.

Fratura do ramo ilíopúbico direito.

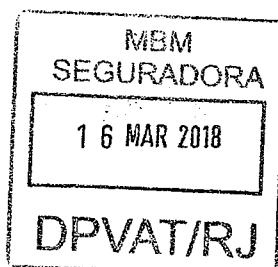
Assinado Eletronicamente por:

Dra. Andresa Baiak CRM 18146 PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 27/10/2017 10:27:45 GMT -3 DST (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.





Sistema
da
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nícolas Fessina de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/02/2000

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

Adeliane de Oliveira Ferreira

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Projetada nº 260 Andar Direito

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Jaqueira

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CIE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de bacia, proveniente de acidente motociclístico.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx de pulmão.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SEGURADORA

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

16 MAR 2018

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DPVAT/RJ

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA				Prontuário/Atendimento 026380/0006
Nascimento 07/02/2000	Local MARACANAU	País Nacionalidade Brasil		Idade 17 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	Religião
Documento(s) Identidade: 20080226110			CNS 20.6941.828.4700-00	
Endereço RUA PROJETADA		Nº 260	Bairro AREIAS PARQUE	Município IGUATU-CE
Fone (88) 9427-8971	Profissão	Empresa		Fone Empresa
Responsável			CPF do Responsável	Fone Responsável
Endereço Responsável			Cônjugue	
Mãe SOLANGE DE SOUZA FERREIRA			Pai FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 23/10/2017 17:28	Quarto/Leito 412-0002	Aposento ENFERMARIA	Clinica CL. CIRURGICA	Setor CLINICA CIRURGICA
Convênio SUS		Matrícula	Autorização	Dias 0
Médico RODRIGO VIANA DOS SANTOS				CRM 13374
CID Principal S79.9 Traumatismo não especificado do quadril e da coxa		CID Complementar S79.9 Traumatismo não especificado do quadril e da coxa		
Observação				
Usuário NAYANE COELHO DE HOLANDA	Procedimento SUS			Sisprenatal
Data Saída 30/10/17	Hora 145	Condicionada Saída depois hospitalo	Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.





RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Vitor Ferreira de Oliveira

Rx de coluna lombar

Rx de coluna cervical

Rx de pelve

Município de Igatu-PB
CRM-Ger 3877
CRM-Ger 3877

IGUATU, 21 de Outubro 2017

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora, s/n

MBM SEGURADORA
16 MAR 2018
DPVAT/RJ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
2008022611 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO

24/10/2011

NOME
VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
FRANCISCO NILTON DE OLIVEIRA
SOLANGE DE SOUZA FERREIRA

NATURALIDADE
MARACANAÚ - CE

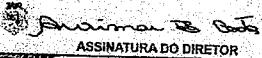
DATA DE NASCIMENTO
07/02/2000

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO SEDE TERMO: 6.489 FOLHA: 122 LIVRO:A-006 MARACANAÚ - CE

CPF

1 VIA



P.: 135

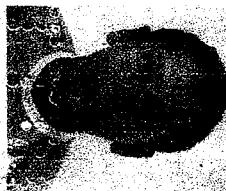
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TÍTULOS, CARTAS E BÔNUS

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



Polegar Direito



Vitor Ferreira de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GRAY & SONS

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



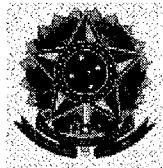
Número
628.357.523-40

Nome
VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

Nascimento
07/02/2000

MBM
SEGURADORA
16 MAR 2018
DPVAT/RJ

 COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **628.357.523-40**

Nome: **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**

Data Nascimento: **07/02/2000**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **08/11/2017**

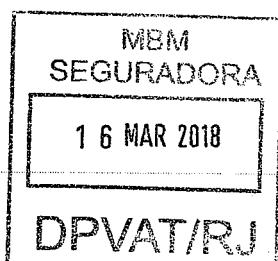
Dígito Verificador: **00**

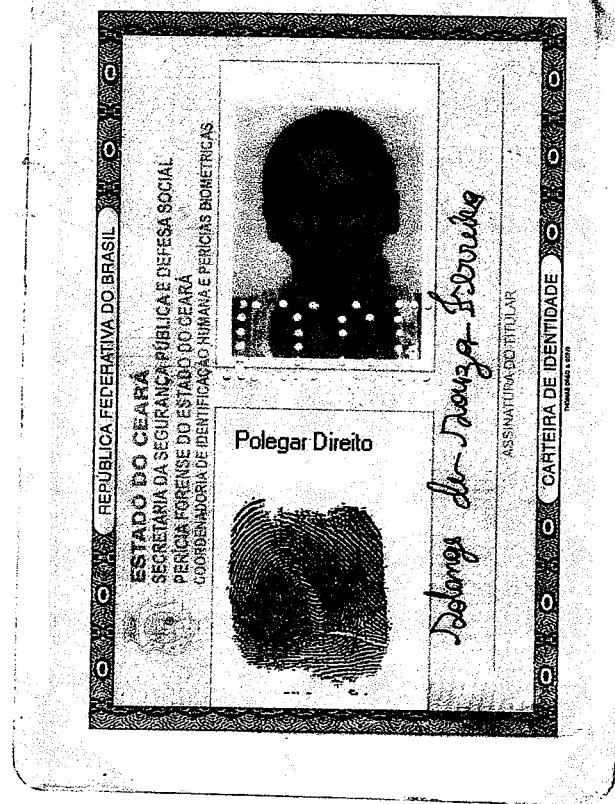
Comprovante emitido às: **14:27:01** do dia **20/12/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4CF1.5F66.CD5C.FDBC**



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

Nova Consulta





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/12/2012

REGISTRO: 940080002957

NO ME: SOLANGE DE SOUZA FERREIRA

FILHO(A): CARLOS FERREIRA DE MELO

MÃE: ANTONIA DE SOUZA FERREIRA

NATURALIDADE: SAO JOAO - CE

DATA DE NASCIMENTO: 23/03/1975

DOC. ORIGEM: CERT. NASCIMENTO - CARTORIO: 1 OFÍCIO TERMO: 8034 FOLHA: 204 V

LIVRO: A8 IGUATU - CE
CHP: 032.529.843-26

ASSINATURA DO DIRETOR:
[Signature]

VIA: 2 LEI Nº 7.116 DE 29/08/1983

ASSINATURA DO DIRETOR:
[Signature]

MBM
SEGURADORA
16 MAR 2018
DPVAT/RJ



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **032.529.843-26**

Nome: **SOLANGE DE SOUZA FERREIRA**

Data de Nascimento: **23/03/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/12/2005**

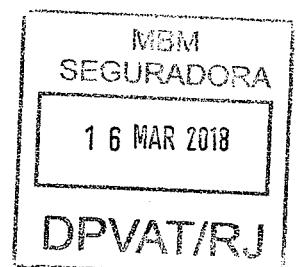
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:38:22** do dia **05/01/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FF7A.C953.B1AD.242A**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
BATI	01 1112859281	0000000000	2017
NOME MICHEL DA SILVA VIEIRA ***** ***** ***** IGUATU/CE			
CPF/CNPJ	PLACA		
07405697321	PMG6112		
PLACA ANT/UE	CHASSI		
*****/CE	9C2JB0100HR245298		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLO/HAB. INPLIC.	GASOLINA		
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP 110I		2017	2017
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/109CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS	
I	*****	*****	1*****
P	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2*****
V			3*****
A	*****	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65	0,70	185,50	00/00/0000
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND A LTDA, ***** ***** *****			
IGUATU	LOCAL:	DATA	
21/03/2017			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CE N° 013126822770 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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 922 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 21/03/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA

01 07405697321 PMG6112

RENAVAM MARCA / MODELO

1112859281 HONDA/POP 110I

ANO FAB. N° CHASSI

2017 09 9C2JB0100HR245298

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

31,29 9,03 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOSEGUARADORA LIDERDPVAT35025
MOTOR: JBU1E048PU99248608/0001-04

SET-2016

Certidão Asegurada
A presente fotocópia confere com o original exibida
nas atas. CONFERIDO
Iguatu, 21/03/2017.
Ana Maria Lima Sobreira



SOMENTE COMO
AUTENTICIDADE

MBM
SEGURADORA

16 MAR 2018

DPVAT/RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180123348 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em bacia

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180123348 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: DIASTASE DA SÍNFISE PÚBICA ESQUERDA COM TRAÇO DE FRATURA NA MARGEM ILÍACA. CONTUSÃO NO COTOVELO ESQUERDO (ENTORSE?).

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NO COTOVELO, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO. RELATA DOR NO QUADRIL À MANIPULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO DAS LESÕES. ALTA DEFINITIVA EM MARÇO/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Felipe Boaventura Apolinario

CRM do médico: 13234

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

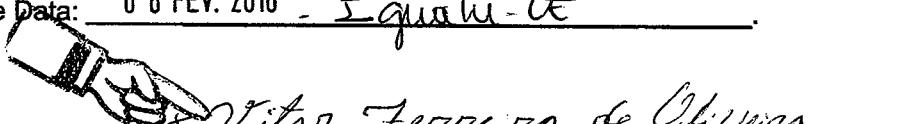
Nome: Vitor Ferreira de Oliveira, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Estudante, portador(a) do RG 20080226110, órgão expedidor SCP
e do CPF: 628-357-52340 residente no(a) R Joana Fernandes Lemos
nº 260, bairro: Areias II, município: Iguatu CE

OUTORGADO:

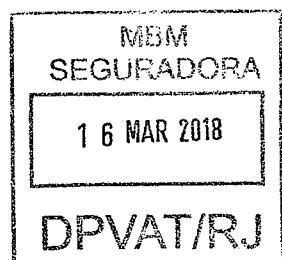
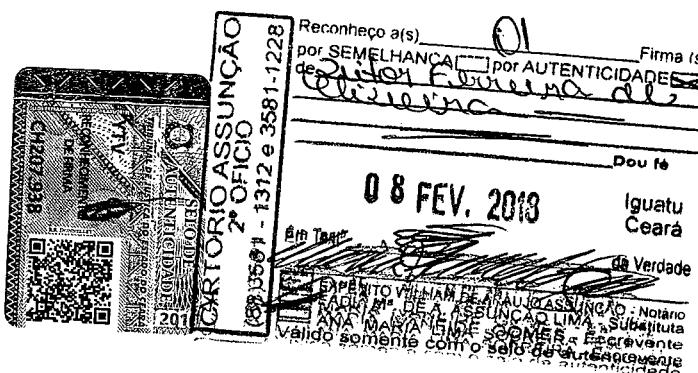
Nome: Solange de Souza Ferreira, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Doméstica, portador(a) do RG 94008002957, órgão expedidor SCP
e do CPF: 032-52984326 residente no(a) R Joana Fernandes Lemos
nº 260, bairro: Areias II, município: Iguatu CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Vitor Ferreira de Oliveira.

Local e Data: 08 FEV. 2018 - Iguatu - CE



Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 00000058200-4

Nr. da Autenticação 16435B490C2F388E

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180123348**

Nome do(a) Examinado(a): **VITOR FERREIRA DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOANA FERNANDES CESAR, 260 - AREIAS II - Iguatu - CE - CEP 63503752

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20080226110**

Data e local do acidente: [**21/10/2017**] **IGUATU/CE**

Data e local do exame: [**03/04/2018**] **Iguatu** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

DIASTASE DA SÍNFISE PÚBLICA ESQUERDA COM TRAÇO DE FRATURA NA MARGEM ILÍACA. CONTUSÃO NO COTOVELO ESQUERDO (ENTORSE?).

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO DAS LESÕES. ALTA DEFINITIVA EM MARÇO/2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ NO COTOVELO, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO. RELATA DOR NO QUADRIL À MANIPULAÇÃO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Dr. Felipe Boaventura Apolinario
Médico
CRM-CE 13.234

Felipe Boaventura Apolinario - CRM: 13234 - CE