



Clínica Médica
Dr. Francisco Reales

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

*1004



O SR. Valmir Bezerra Graupe, vítima de acidente de trânsito no dia 02/02/14 conforme B.D e documentos médicos anexos
vítima com fratura do antebraço esquerdo no esquerdo e múltiplas escoriações pelo corpo, submetido a limpeza cirúrgica e uso de imobilizadores, feito tratamento medicamentoso conservador apesar de caminhada e sessões de fisioterapia.
Iniciou com sequelas permanentes limitando sua função cerebral, perda da força muscular grave completo, perda da força muscular, dificuldade de marcha, dificuldades de articulação das suas extremidades de rotina para se locomover com alta disfunção.

Encontra-se com alta disfunção.
Pedra Branca 23/05/14.

D. Francisco Reales CRM 9272
CRM: 9272
CPF: 054.381.897-61

Dr. Francisco Reales Navarro

CRM 9272-CE

Curso ultra-sonografia

Centrus centro de US e medicina fetal

Fortaleza-Ceará

MBM
SEGURADORA

05 JUN. 2014

DPVAT/RJ

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Valmir Bezerra Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		fls. 56
REGISTRO GERAL	2005015045430	DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/7/2005
NOME	VALMIR BEZERRA ARAUJO	
FILIAÇÃO	ANTÔNIO ARAUJO SOBRINHO E MARIA LUCIA BEZERRA	
NATURALIDADE	BOA VIAGEM/CE	DATA DE NASCIMENTO: 6/3/1976
DOC. ORIGÉ	CERT CASAM 50844 E/B/10 F	
218 BOA VIAGEM/CE		
CPF	1004037	ID ANT 291888594
LEI N° 7.116 DE 29/06/80		

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



OUTROS

1UU4054



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução N° 01/75 do conselho de Seguros Privados e Capitalização – CNSP – levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Marca	Tipo	Placa n°
Chassi N°	Ano	Categoria Tarifária
<hr/>		
<hr/>		

Nome da Vítima.:

Valmir Bezerra Araujo

A Vítima era:

Motorista Passageiro Pedestre
Hospital onde foi atendida:

O resultado do acidente foi:

DAMS Morte Lesões Corporais
Mantém convenio com o INSS / SUS

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- | | |
|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Certidão autoridade policial sobre a ocorrência n° _____ | () _____ |
| <input type="checkbox"/> DUT nº _____ | () _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> RG e CPF do Sinistrado | () _____ |
| <input type="checkbox"/> RG e CPF do(s) Beneficiário(s) | () _____ |

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiário(s)

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> _____ | () _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | () _____ |

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (x).

Observações.:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Reclamante/ beneficiário

Nome: _____ End. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Nota : Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de Sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2 (duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso CE Data __/__/__ Local da Entrega Dj Data __/__/__

Beneficiário

Yasmim
Aruana Seguros

OUTROS

1UU4054



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução N° 01/75 do conselho de Seguros Privados e Capitalização – CNSP – levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Marca	Tipo	Placa n°
Chassi N°	Ano	Categoria Tarifária
<hr/>		
<hr/>		

Nome da Vítima.:

Valmir Bezerra Araujo

A Vítima era:

Motorista Passageiro Pedestre
Hospital onde foi atendida:

O resultado do acidente foi:

DAMS Morte Lesões Corporais
Mantém convenio com o INSS / SUS

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- | | |
|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Certidão autoridade policial sobre a ocorrência n° _____ | () _____ |
| <input type="checkbox"/> DUT nº _____ | () _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> RG e CPF do Sinistrado | () _____ |
| <input type="checkbox"/> RG e CPF do(s) Beneficiário(s) | () _____ |

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiário(s)

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> _____ | () _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | () _____ |

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (x).

Observações.:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Reclamante/ beneficiário

Nome: _____ End. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Nota : Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de Sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2 (duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso CE Data __/__/__ Local da Entrega DJ Data __/__/__

Beneficiário

Yasmim
Aruana Seguros

Boa Viagem, (Ceará), 27 de Maio de 2014.

Prezado Analista

Eu, VALMIR BEZERRA ARAUJO, venho através de esta esclarecer que fui vítima de acidente de trânsito no dia 02 de Fevereiro de 2014, no qual foi constatada fratura no antebraço e no pé esquerdo, usei gesso pelo período de um mês e quinze dias, em ambos os membros, pedi a indenização do Seguro DPVAT, porém tive o meu processo negado, não tive sequer a oportunidade de passar por um perito, para que o mesmo pudesse avaliar as minhas lesões, fiquei indignado com essa decisão tomada à distância.

Atualmente estou ficando invalido, perdi por completo todos os movimentos do braço, não consigo alongá-lo nem flexioná-lo, o pé permanece sempre inchado, tenho dificuldades para me movimentar, ando mancando, mesmo tendo usado gesso por todo esse tempo não obtive nenhum resultado positivo, é um absurdo que um ser humano sofra uma fratura em um de seus membros e o médico não registre no 1º atendimento, infelizmente no Hospital de Boa Viagem tem esse tipo de incompetência, o médico olha se a pessoa tem fratura exposta e se não tiver, coloca no livro, em seguida é que manda bater o raio-x, isso é muito errado, por que só era pra ser colocado no livro depois que analisasse o raio-x, não posso me responsabilizar por erros de terceiros e como sofri duas fraturas é mais que justo que eu corra atrás dos meus direitos, tenho os raio-x que comprovam as fraturas sofridas, e qualquer médico poderá comprovar o que aqui relatei após me avaliar, atualmente me encontro com sequelas permanentes como consta no laudo em anexo, tenho certeza que se me chamarem pra uma perícia médica serei indenizado, acho isso um absurdo e quero uma resposta desta carta, não sendo atendido direitinho irei tomar uma providência o mais rápido possível.

NOME DA VÍTIMA: VALMIR BEZERRA ARAUJO

Data do acidente: 02/02/2014

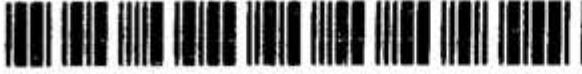
CPF: 966.150.873-91

TELEFONE PARA CONTATO — **(88) 3427-2621**

Valmir Bezerra Araujo

Assinatura do Declarante

OUTROS



1004054



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014444909 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR BEZERRA ARAUJO **Data do acidente:** 02/02/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do tornozelo esquerdo com lesão ligamentar.

Descrição do exame médico pericial: A vítima com lesão cicatricial com perda de substância em tornozelo esquerdo limitação dos movimentos.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetido a tratamento conservador com imobilização gessada por 30 dias. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/08/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Gutemberg Mendes Farias Filho -

CRM do médico: 6087

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 tornozelo	25 %	Em grau médio	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

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:



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Oteло Corrêa dos Santos Filho". The signature is fluid and cursive, with a large, stylized initial 'O' on the left. A vertical line extends downwards from the end of the signature.

**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

Nome do(a) Examinado(a): **VALMIR BEZERRA ARAUJO** Sinistro: **2014444909** Data: **02/02/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PAULO EUGENIO FACUNDO COSTA, 9999, CASA - RECREIO - Boa Viagem - CE - CEP 63870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005015045430**

Data local do exame: [**19/08/2014**] **Boa Viagem** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Contusão do tornozelo esquerdo com lesão ligamentar. A vítima com lesão cicatricial com perda de substância em tornozelo esquerdo limitação dos movimentos.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetido a tratamento conservador com imobilização gessada por 30 dias. Não realizou fisioterapia.

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

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 310 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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

% 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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2014

Carta nº: 4546867

A/C: VALMIR BEZERRA ARAUJO

Sinistro: 2014444909
Vítima: VALMIR BEZERRA ARAUJO
Data Acidente: 02/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

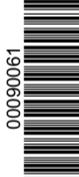
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2014

Carta n°: 4993310

A/C: VALMIR BEZERRA ARAUJO

Sinistro: 2014444909
Vitima: VALMIR BEZERRA ARAUJO
Data Acidente: 02/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: VALMIR BEZERRA ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000898-2

Conta: 0000010152-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
--	-----	-----------------

Multa:	R\$	0,00
---------------	-----	-------------

Juros:	R\$	0,00
---------------	-----	-------------

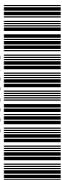
Total creditado:	R\$	1.687,50
-------------------------	-----	-----------------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, VALMIR BEZERRA ARAUJO, PORTADOR (A) DO RG Nº. 2005015045430, EXPEDIDO POR SSPDS/CE EM 26/07/2005 E INSCRITO NO CPF SOB O Nº. 966.150.873-91 PROFISSÃO FUCIONARIO PUBLICO E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALMIR BEZERRA ARAUJO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 0898-1 • CONTA-CORRENTE 30.152-4
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____

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

Boa Viagem- CE, 02 de Fevereiro de 2014.

ASSINATURA DO (A) BENEFICIÁRIO (A) Valmir Bezerra Araújo

! ATENÇÃO _____

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

BANCO DO BRASIL S.A.
03/02/2014 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.20.35
0009871466

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIAS: 0898-2 CONTA: 10.152-4
CLIENTE: VALMIR BEZERRA ARAUJO

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----15/01/2014-----		
Saldo Anterior		95,200
-----03/02/2014-----		
Encargos -		0,150
S A L D O		95,350
Límite Conta Eletronica		100,000
Saldo Disponivel		4,650
Juros *		5,76
Data de Débito de Juros		05/02/2014
IOF *		0,00
Data de Débito de IOF		03/02/2014
(*)Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao débito.		
Dias de Uso Ch. Especial		28



**MUNICIPIO DE BOA VIAGEM-CE
GUARDA CIVIL MUNICIPAL**

José Roberto da Silva
Comandante

RELATÓRIO EM LOCAL DE ACIDENTE

DADOS DA INFRAÇÃO E OU OCORRÊNCIA

Ocorrência nº 2445/2014

Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO		Data : 02/02/2014	Hora: 15:30
Local: FAZ. NOVA-BOA VIAGEM-CE			
Veículo(s) Utilizado(s): MOTO		Foi apreendida <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> x NÃO	
Dados do(s) Veículo(s) HONDA CG 150 FAN PLACA- OIN 1838- PRETA- B. VIAGEM-CE			

DADOS DA 1ª VÍTIMA

Nome: VALMIR BEZERRA ARAÚJO

Endereço : RUA PAULO EUGENIO FACUNDO COSTA Nº 420-ALTO DO RECREIO

Data Nascimento: 06/03/1976

Naturalidade: BOA VIAGEM-CE

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO

Pai: ANTONIO ARAÚJO SOBRINHO

Mãe: MARIA LUCIA BEZERRA

DADOS DA 2ª VÍTIMA

Nome:

Endereço:

RG:

TEL:

Data Nascimento:

Naturalidade:

Profissão:

Estado Civil:

Pai:

Mãe:

NARRAÇÃO DOS FATOS

No dia, hora e local acima citados nos informou a vítima Sr VALMIR BEZERRA ARAÚJO que vinha conduzindo a motoneta HONDA CG 150 FAN PRETA -PLACA OIN 1838 -ANO 2011/2011—BOA VIAGEM-CE—CHASSI 9C2KC1670BR587082 de responsabilidade do mesmo e licenciada em nome de LUCIANO SOUZA SILVA, quando na localidade acima citada ao tentar desviar de um boi e veio a cair, foi socorrido para o hospital local onde ficou constatado fratura de ante braço esquerdo, pé esquerdo, e varias escoriações por todo corpo.

AGENTE: ROBERTO

MATRICULA: 0070

ASSINATURA:

Boa Viagem- Ce 02 de Fevereiro de 2014

AUTENTICAÇÃO

2º OFÍCIO NOTARIAL E DE REGISTROS PÚBLICOS
Praça Monsenhor José Cândido, 80

Telefax (88) 3427-1480 - CEP 63.870-000

Boa Viagem - Ceará - Brasil

A presente cópia fotostática concorda com o

original exibido nestas Notas. Declaro

Em testemunho _____ da verdade

Boa viagem/CE)

17 ABR. 2014

Bel Manoel Ferreira Costa - Titular
Maria Lopes Correia Martins - Substituta
Juliane Lopes Figueira - Escrivane



17 ABR. 2014

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML



DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

EU, VALMIR BEZERRA ARAUJO, portador (a) da carteira de identidade nº. 2005015045430 e escrito (a) no CPF/MF sob o nº 966.150.873-91, residente e domiciliada na Rua Paulo Eugenio facundo costa N. 420 Recreio cidade de Boa Viagem estado do Ceará. Declaramos, sob as penas da lei, que estamos impossibilitados de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML, para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Boa Viagem – CE, 02 de Fevereiro de 2014
Local e data

17 ABR. 2014

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: 26/08/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR BEZERRA ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00898-2

CONTA: 000000010152-4

Nr. da Autenticação 45F64DA100AA02F0

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

"1004040"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALMIR BEZERRA ARAUJORG nº. 2005015045430 Data da expedição 26/07/2005 Órgão SSPDS/CE

CPF nº. 966.150.873-91 Venho perante a este instrumento declarar que não possuo
 Comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço
 Abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Paulo Eugenio Facundo Costa
Número	<u>109990</u>
Apto / Complemento	CASA
Bairro	Recreio
Cidade	BOA VIAGEM
Estado	CEARÁ
CEP	63.870-000
Telefone de Contato	(88) 3427-2621 / (88) 9902-5141
E-mail	mlopessegurosboaviagem@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Boa Viagem – CE, 02 de Fevereiro de 2014

Local e Data

Valmir Bezerra Araújo

Assinatura do Declarante

17 ABR. 2014

8872-4636

valmir

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-1 | N°

Rota 03 36040 06 021100 - 8 Data de Emissão 04/01/2014
 Nome VALMIR BEZERRA ARAUJO
 End. Postal RU PAULO EUGENIO FACUNDO COSTA 09999
 RECREIO - BOA VIAGEM - 03870000
 Medidor 731965 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL MOROFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 966150873-91 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévio Pkt. Leitura
Jan/2014	04/01/2014	05/02/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto	Mês	Nov/2013	EISG 1.65
		1.651 ± 0,00	P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
SENTO		

Padrão Individual	Apuração Individual				
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00		0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1005.0097.4807.9063.9970.0204.4E10.2E02

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lis. Anual	Lis. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cora. Ind.	Cora. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
177	95	1.60	82	0,00	30	0,18793	3,23
					52	0,18503	9,62

04/01/14 04/12/13 31 DIAS 82 12,65

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	12,65
MULTA MORATORIA REF 12/2013	0,22
JUROS DO MES	0,03
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	4,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,21
TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO BOA AÇÃO BOA SORTE	2,99

VENCIMENTO 13/01/2014 TOTAL A PAGAR (R\$) 20,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Enaveia	7,83															
Transmissão	0,42															
Distribuição	3,56															
Encargos Salariais	0,93															
Tributos (IHS PIS/COFINS)	0,42															
TOTAL	13,60															

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor (R\$)
12/2013	18,63

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido com acréscimos legais ate este data, no valor de R\$ 18,63. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10, podara ser suspenso o fornecimento de energia elétrica seis decorridos 15 dias do envio desse comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Até 2 ciclos consecutivos de faturamento, seu fornecedor, sera encerrado a relação contratual.

Consta desta fatura R\$ 0,42 referente a PIS e COFINS.

(R\$ 1,00 + R\$ 0,0005 = ANFIP) e total n. 10.637/02 + 10.630/02

A partir de 2014 visorá o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verda não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Jan/2014 visorá a bandeira AMARELA, a qual implicaria R\$ 0,015/kWh da acréscimo ao valor da tarifa. Líquido de impostos. Mais informações em www.anel.gov.br.

Nº do Cliente: 2881971-3 Referência: Jan/2014
 Data de Emissão: 04/01/2014 Total A Pagar (R\$): 20,74
 N° da Nota Fiscal: 328240253 N° de Controle: 0002881971 00109 39232 48



17 ABR. 2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
 Rua: São Vicente de Paula, Nº 100, Centro
 Tel.: (88) 3427-1699 - (88) 3427-1136
 CNPJ: 07.806.680/0001-84



DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Valmir Bezerra Araújo,
 profissão: J. Pediátrico, RG: 20050150459.30, residente à
 rua: Flávio Engenharia F. nº 320, Bairro: MORRO
 Deu entrada neste hospital no dia: 02/02/14, às 13:00 h com
 registro e Prontuário de nº _____,

Admitido no SPA. Paciente Roberto
Almeida da Silva (SIC) acompanhado
de seu filhos: Ana (grau 0) e E (E)
com caimento do coluna, em TOH-
INGUE (D). Tratamento: Pj. Pj de TOHGU-
ZETO Pj. Pj. T. Natura (molecaço). Gilmaro

Acompanhado (a) pelo Médico, Zélio Picone
 Submetido (a): Internamento, recebendo alta
 hospitalar em _____ ou transferido para o
 _____ a fim de dar continuidade a
 tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro
Emergência Pág. nº 135/1450

Boa Viagem - CE, 03 de Fevereiro de 2014.

Amanda Vieira Oliveira Sampaio CNPJ 07.806.680/0001-84

DIRETORA DA CSAM
DIRETORA GERAL

Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro - CEP: 63270-000
Fone: (88) 3427-1136

L Boa Viagem-Ce

Valmir Bezerra Araújo
Assinatura do Responsável

17 ABR. 2014

EDAN ACS ha desarrollado un sistema de
monitoreo automático para la detección
temprana de la insuficiencia renal aguda.
Este sistema es capaz de detectar cambios
en la función renal en su etapa más temprana,
antes de que se manifiesten los síntomas.
Algunos de los beneficios incluyen:
- Reducción del riesgo de complicaciones.
- Optimización del manejo terapéutico.
- Reducción de costos y mejoramiento de la eficiencia.

1. Wortarten 2. Wörterbuch 3. Grammatik 4. Sprachwissen

Page _____ Date _____

International Seminar
on Oil & Gas
Marketing

levitatione sedem mutare.