



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

\*1004



O SR. Valmir Bezerra Araujo, vítima de acidente de trânsito no dia 02/02/14 conforme B.O. e documentos médicos anexos vítima com fratura do antebraço esquerdo, pé esquerdo e múltiplas escoriações pelo corpo, submetido a limpeza cirúrgica uso de imobilizador, feito tratamento medicamentoso conservador após encaminhado às sessões de fisioterapia. Vítima com sequelas permanentes irreversíveis, limitação funcional grave completa, perda da força muscular alteração da marcha, dificuldades para exercer suas atividades de rotina. Encontrou-se com alta definitiva.

Rede Branca 23/05/14

Dr. Francisco Reales Navarro  
RACÓDICO  
CRM: 9272  
CPF: 054.351.897-61

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*Valmir Bezerra Araujo*  
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005015045430 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/7/2005

NOME VALMIR BEZERRA ARAUJO

FILIAÇÃO ANTONIO ARAUJO SOBRINHO E MARIA LUCIA BEZERRA

NATURALIDADE BOA VIAGEM-CE DATA DE NASCIMENTO 6/3/1976

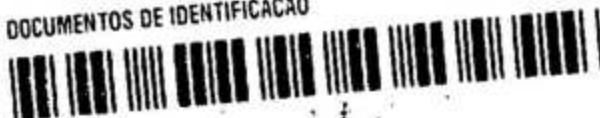
DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 5084 L. B/10 F 218 BOA VIAGEM/CE

CPF ANT. 291888594

LEI N.º 7.116 DE 29/06/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004031



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

966.150.873-91

VALMIR BEZERRA ARAUJO

06/03/1976



17 ABR. 2014

OUTROS

\*1004054\*



# 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

Nome da Vitima.:

Valmir Bezerra Araújo

A Vitima 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 n° 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

☒ Certidão autoridade policial  
sobre a ocorrência n°

( ) DUT n°

☒ RG e CPF do Sinistrado

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s)

( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiário(s)

( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_

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 vitima 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 QJ Data / /

Beneficiário

Yamir  
Aruana Seguros

17 ABR. 2014

OUTROS

\*1004054\*



# AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº 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 nº
Chassi Nº	Ano	Categoria Tarifária

Nome da Vitima.:

Valmir Bezerra Araújo

A Vitima 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.:

☒ Certidão autoridade policial

sobre a ocorrência nº

( ) DUT nº

☒ RG e CPF do Sinistrado

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s)

( )

( )

( )

( )

( )

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiário(s)

( )

( )

( )

( )

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 vitima 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 QJ Data / /

Beneficiário

Yamir  
Aruana Seguros

17 ABR. 2014



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

**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 'Otele Corrêa dos Santos Filho', with a long horizontal stroke extending to the right.

**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. 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

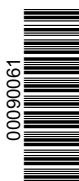
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2014

Carta nº: 4993310

A/C: VALMIR BEZERRA ARAUJO

Sinistro: 2014444909  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 mens:

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](http://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 0898-2 • 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 DESCRITAS, 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

17 ABR. 2014

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

## EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 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

Limite Conta Eletronica	100,00C
Saldo Disponivel	4,65C
Juros *	5,76
Data de Debito de Juros	05/02/2014
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	03/02/2014
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.	
Dias de Uso Ch. Especial	28

17 ABR. 2014



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

*João Roberto de 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 ☐

SIM ☐ 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: *[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 confere com o original exibido nestas Notas. Dou fe.  
Em testemunho da verdade.  
Boa Viagem-CE) 17 ABR. 2014

Bel. Manuel Mendes de Costa - Titular  
Mara Lúcia Pontes de Moraes - Substituta  
Juliane Lopes de Aguiar - Escrevente

17 ABR. 2014



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA 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:

- ( x ) 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.

Valmir Bezerra Araujo

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



Eu, VALMIR BEZERRA ARAUJO

RG 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	09999
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

887.2-4636

valmir

2881971-3

Para agiliz. seu atendimento, utilize o n° acima sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdemiro, 150 CEP 06135-040 - Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.849-3

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

fls. 71

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA / GRUPO B / SÉRIE B-4 / 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 - 63870000  
 Medidor 731965 Poste 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL MOROFASICO BAIXA RENDA  
 RG / CPF / CNPJ 966150873-91 CGF  
 Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência 04/01/2014  
 Data da Apresentação 05/02/2014

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto  
 Mês Nov/2013 EISO 1.65

## ICMS

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

Padrão Individual  
 Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual  
 DIC 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00  
 FIC 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00  
 DMIC 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1E05.0087.4307.9063.9970.C004.4E10.2E82

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
177	95	1.60	82	0.00	30	0.18793	3.23
04/01/14	04/12/13		31 dias		82	0.18793	12.65

## DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

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

Energia 7.83  
 Transmissão 0.42  
 Distribuição 3.56  
 Encargos Setoriais 0.83  
 Tributos (PIS, COFINS) 0.42  
 TOTAL 13.06

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
44	82	71	24	0	0	0	53	49	58	31	13

## importante CONTAS EM ATRASO

## PREAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 18.83. Conforme art. 172 da Lei, Anos 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

## DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano Valor R\$  
 12/2013 18.83

Consta desta fatura R\$ 0.42 referente a PIS e COFINS.

Linha 9 Rps. 100-2005 - ANPEL e taxa n. 10.637/02 e 10.010-073

A partir de 2014 visorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde 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 visorará a bandeira AMARELA, a qual implicará R\$ 0.015/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

N° 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



## Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Valmir Bezerra Araújo,  
 profissão: Prof. Pública, RG: 2005015045430, residente à  
 rua: Alameda Engenheiro F. nº 320, Bairro: HELIÓPOLIS  
 Deu entrada neste hospital no dia: 02/02/14, às 13:50 h com  
 registro e Prontuário de nº \_\_\_\_\_

Admitido como paciente Heliole  
completa de curso (SIC) (curriculum)  
comunicando que (qual doença) (E) e (E)  
com tratamento com (doença) com tom  
medicamento (D) - Tratar com (D) de (D)  
300 com (D) - Tratado (D) - Tratado

Acompanhado (a) pelo Médico: Dr. Ricardo  
 Submetido (a): Exame, 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 verso

Boa Viagem - CE, 03 de Fevereiro de 2014.

Amanda Vieira Oliveira Sampaio

**DIRETORA GERAL CSAM**

Valmir Bezerra Araújo  
 Assinatura do Responsável

CNPJ: 07.806.680/0001-84

Casa de Saúde Adília Maria  
 Rua São Vicente de Paula, nº 100  
 Centro - CEP: 63870-000  
 Fone: (88) 3427-1136  
 Boa Viagem - Ce

17 ABR. 2014

