



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIANGUA/CE

Processo: 00005725020188060173

PROTOCOLO	
COMARCA DE TIANGUA	DATA: 24/07/2019
SEC. DA 1ª VARA	HORA: 09:00h
	VISTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epigrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove BRUNO DE SOUZA FREITAS, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TIANGUA, 18 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE


Dr. Cassio Ferreira Maia
ADVOGADO
OAB/CE 38 442



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIANGUA/CE

Processo: 00005725020188060173

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BRUNO DE SOUZA FREITAS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TIANGUA, 18 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11851540

A/C: BRUNO DE SOUZA FREITAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560022 ASL-0399819/17
Vítima: BRUNO DE SOUZA FREITAS
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11896149

A/C: BRUNO DE SOUZA FREITAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560022 ASL-0399819/17
Vitima: BRUNO DE SOUZA FREITAS
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **BRUNO DE SOUZA FREITAS**

Sinistro: **3170560022**
Vítima: **BRUNO DE SOUZA FREITAS**
Data do Acidente: **26/05/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOCELIO DA SILVA RODRIGUES**

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 3170560022** 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, 23 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12422461

A/C: BRUNO DE SOUZA FREITAS

Nº Sinistro: 3170560022
Vítima: BRUNO DE SOUZA FREITAS
Data do Acidente: 26/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

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: **BRUNO DE SOUZA FREITAS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000785**

Conta: **000000086253-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170560022 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **BRUNO DE SOUZA FREITAS**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO VIADO SECO nº 00 - NC - TIANGUA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2009098063744 - SSP**
Data local do exame: **08/02/2018 GUARACIABA DO NORTE/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)

FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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 DIREITO EM GRAU LEVE.

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - GUARACIABA DO NORTE, 08/02/2018

Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE


Dr. Wellington Farias Melo
MÉDICO
CREMEC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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, Bruno de Souza Freitas
 PORTADOR(A) DO RG Nº 06693507181 EXPEDIDO POR Detran - CE EM 19/10/2016
 CPF 060600893-04 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO aqueleto
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bruno de Souza Freitas, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0785 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 86253-4

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

Terrequeira, 22 de Agosto de 2017 x Bruno de Souza Freitas
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AGUL

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA CORRENTE

CONVENIO: 000528323
OPERADOR: 00052832

CONTA CORRENTE 000528323
INDICADOR DE CONTABILIZACAO
C.F. 000528323
C.D. OPERACAO 000528323
OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO

CAIXA AGUL
CAIXA AGUL 0800 726 0101 (08h às 18h)
atendimento sugerido e atendimento
atendimento com atendimento ativo
de taxa 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474

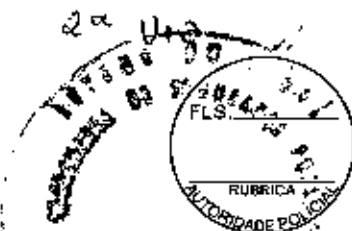
caixa.gov.br
CAIXA

AQUOR CORRETORA
16 OUT 2017
DE SEGUROS LTDA.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 560 - 1374 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/06/2016 10:21:28**
Data / Hora da Ocorrência: **26/05/2016 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA BR-222 AO SITIO CACIMBAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TIANGUA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **BRUNO DE SOUZA FREITAS**
Nascimento: **08/02/1995** CPF: **061.660.993-04**
RG: **2009098063744** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DE FATIMA FREITAS SOUZA**
ANTONIO CARLOS DE SOUZA
Endereço: **SITIO CACIMBAS, PROX ACAMPO DE FUTEBOL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TIANGUA/CE**
País: **BRASIL**

Boletim de ocorrência



UF: **CE**

CEP: **62.320-000**

Telefone: **(88) 99239-9032**

Histórico

A VÍTIMA COMPARECE A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO FAB/MOD 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA OCM5816, CHASSI 9C2KC1670BR623880, COM REGISTRO DE PROPRIEDADE EM NOME DE FRANCINALDO RIBEIRO DE LIMA, O QUAL EMPRESTOU A MOTOCICLETA PARA A VÍTIMA; QUE A VÍTIMA SOBROU NA CURVA E COLIDIU DE FRENTE AO UM CAMINHÃO; QUE FOI SOCORRIDO PELO MOTORISTA DO CAMINHÃO ATÉ A RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, SENDO EM SEGUIDA LEVADO POR SUA MÃE ATÉ O HOSPITAL MADALENA NUNES, ONDE DEU ENTRADA E FOI CONSTATADO FRATURA NO CALCANHAR DIREITO, TORCEU O PÉ DIREITO, E VÁRIAS LESÕES PELO CORPO, FICANDO INTERNANDO POR DOIS DIAS. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

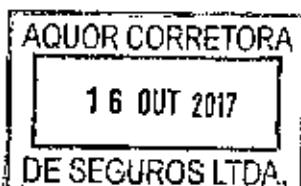
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: P.O.

ALEXANDRE FEIJÓ CABRAL - MAT.: 198229-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IP



Eu, Boreno de Souza Freitas, portador da carteira de identidade nº PTH-064835073 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061.660.983-04, residente e domiciliado na Sítio União Selo, Zona Rural, Cidade Tuano, Estado Goia, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() 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 às custas da Seguradora Lider 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.

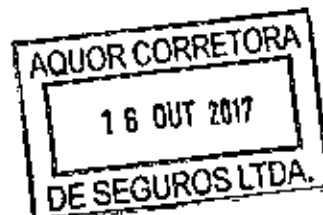
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de Impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boreno de Souza Freitas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Tuano - GO, 22/08/2017

Local e data





DADOS DO PACIENTE

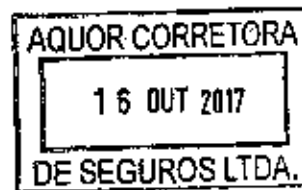
Pontuação 057121	Atendimento 0043	Nome do Paciente BRUNO DE SOUZA FREITAS	CNS 206166390950005	Guia de Autorização
Documento(s)		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Certidão Nascimento: 27561		Idade 21 Ano(s)		
Data de Nascimento 08/02/1995	Local TIANGUA/CE			
Pai ANTONIO CARLOS DE SOUSA		Mãe MARIA DE FATIMA FREITAS DE SOUSA		
Endereço SITIO CACIMBAS, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62320-000	Município TIANGUA	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável MARIA DE FATIMA	CPF do Responsável	Endereço SITIO CACIMBAS, SN	Município TIANGUA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 26/05/2016	Hora 17:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS			CRM/UF 10269/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário FAIANE SOUZA DE LIMA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T(°C)	P(bpm)
			36	118
				20
				PA (mmHg)
				120x80

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

4h Tem fe 10 SpO2: 93%
 10 SpO2: 90/ tem 78%
 10 Pulm. 2x v 17:40
 10 Pulm. 1x v 17:40
 10 Rx d fe 10
 10 Sh 2x v 17:40
 10 Análise de urina



MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

Maria de Fatima Freitas
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DE FATIMA

Don PE D. ESCOLAIÇÕES CM MIE
L---O CAMO. OPATA

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: 19/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO DE SOUZA FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00785

CONTA: 000000086253-4

Nr. da Autenticação 4EF1D5D66CEDE5D8

Nº DO CLIENTE
5630666-0
Para adquirir sua identificação, utilize o nº acima
adotado que constará em seu cartão cliente.

A Enel Brasil de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 11.438
de 24 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Floriano Peixoto, 150
CEP 60036-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 05.100.8883

enel

Comprovante de residência



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 8-4 | Nº 477456752

Rota 31 31123 10 004500 - 0 Data de Emissão 16/05/2017

Nome BRUNO DE SOUZA FREITAS

End. Postal ST VIADO SECO 00000 00000

LESTE - TIANGUA - 62320000

Medidor 4860697

Posto 0030 B25W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Fator de Potência

RG/CPF/CNPJ 061660993-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letra
Mai/2017	14/06/2017	14/06/2017

ICMS

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6564.CPF.4545.C68A.B28.1355.7899.451C

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso deste cartão.

Composto TIANGUA

Mês Mai/2017 BND 6,73

Índice DICI = 0,08 P

Índice	Fornecedor (Município)			Aprovação Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,58	21,17	42,31	0,93	1,55	0,00
RIC	9,67	15,34	38,63	1,00	2,00	0,00
DMIC	5,03			0,93		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Caus. C	Caus. D	Caus. E	Caus. F	Caus. G	Caus. H	Caus. I	Caus. J	Caus. K	Caus. L	Caus. M	Caus. N	Caus. O	Caus. P	Caus. Q	Caus. R	Caus. S	Caus. T	Caus. U	Caus. V	Caus. W	Caus. X	Caus. Y	Caus. Z	Valor (R\$)
772	797	1,00	15	0,00	38	3,56214																			15,08	

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	15,08
JUROS DO MES	0,01
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	15,07
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,97)	

Contatos:

(88) 99227 - 2131

(88) 99992 - 7282

VENCIMENTO 22/06/2017 **TOTAL PAGAR (R\$) 30,16**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	7,00
Transmissão	0,79
Distribuição	4,75
Encargos Setoriais	1,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,97
TOTAL	15,08

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
14	15
15	15
16	15
17	15
18	15
19	15
20	15
21	15
22	15

CONSUMO CONSCIENTE: EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensação EcoAtiva (R\$)	Compensação EcoAtiva (R\$)
Emitido kg (CO ₂)	12,97	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

NO POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MÊDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 114

Consta desta fatura R\$ 0,97 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,17% e COFINS: 5,30%
Anex. 9 Rev. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637-02 e 10.833-03

Como Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2016, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

AQUOR CORRETORA
16 OUT 2017
DE SEGUROS LTDA.

Nº do Cliente: 5630666-0 Referência: Mai/2017
Data de Emissão: 16/05/2017 Total a Pagar (R\$): 30,16
Nº da Nota Fiscal: 477456752 Nº do Controle: 0005630666 00046 39462 03
8888000000-3 30160031000-8 0005630666-1 00463946200-9

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jocelyne da Silva Rodrigues

RG nº 2001028067-508, data de expedição 23/05/2006 órgão SSP/CE

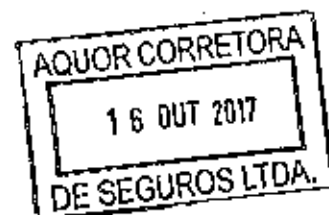
CPF nº 040.959.823-22, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. Prefeito Joaquim</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Frederico de Mello</u>
Cidade	<u>Juazeiro - CE</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62-320-000</u>
Telefone de Contato	<u>(881)-9.9227-2331-9.9992-7282</u>
E-mail	<u>jocelyne6@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro - CE, 07/10/2017

Assinatura do Declarante: Jocelyne da Silva Rodrigues



Nº DO CLIENTE

7823228-7

Para agitar seu atendimento, utilize o mesmo sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdeirino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.108.848-3

enel

Nota Fiscal nº 36-3123-03-017600-2 Data de Emissão 22/07/2017

Nome MARIA DE FATIMA LOPES DO NASCIMENTO

End. Postal AV JACQUES MINES 00000

FRECHEIRAS - TIANGUA - 62320000

Medidor 1737038

Posto 0000 0000

Categoria 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 072287333-63

CGF

Nome do Responsável

Mês da Referência 01/2017 **Data da Apresentação** 22/07/2017 **Próxima Lettura** 24/08/2017 **Veja a legenda no verso desta conta.**
Conjunta 1144004 **Mês** 01/2017 **EURO** 19.22

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Monetiz.	Trib.	Anual	Monetiz.	Trib.	Anual
ICMS			10.58	21.17	42.34	0.00	0.00	0.00
PIC			7.67	15.34	30.69	0.00	0.00	0.00
DMIC			5.68			0.00		

Let. Atual	Let. Anterior	Cobrança	Consumo (kWh)	Cont. Ind.	Cons. Pot.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7178	7057	120	113	0.00	30	0.19422	1.26
					70	0.29952	21.96
					13	0.44928	1.84

VALOR CONSUMO 01/2017 52.74
DETA LHA DO PAGAMENTO 59.89
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 5.78
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA 1.07
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA-MES (R\$ 0,98)

VENCIMENTO

PAGAR (R\$)

Descrição	Valor
Monetiz.	15.21
Tributação	10.58
DMIC	5.68
PIC	7.67
ICMS	10.58
TOTAL	59.89

Compensação não utilizada pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) 48,84 **Compensação kg (CO₂)** 0,00 **Carbonídeos Equivalentes (CO₂e)** 48,84

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CORTAS EM ATRASO
Prezado Cliente,
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Devido ao não pagamento do débito em aberto, a Companhia Energética de Ceará suspendeu o fornecimento de energia elétrica em sua unidade consumidora.
Para reativar o fornecimento, é necessário o pagamento do débito em aberto e a assinatura do termo de reativação no nosso escritório de atendimento ao cliente.
O prazo para pagamento do débito em aberto é de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data desta notificação.
Caso não seja efetuado o pagamento no prazo estabelecido, a Companhia Energética de Ceará poderá tomar as medidas cabíveis para a reativação do fornecimento de energia elétrica, conforme previsto no artigo 172 do Código de Defesa do Consumidor.
O crédito e o cartão de crédito não são válidos para o pagamento.
Favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 2,06 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,78% e COFINS: 0,61%
Art. 9º Reg. 100-2005 - ANEEL - Insc. P. 10.537.02 e 10.538.02

AGUOR CORRETORA
16 OUT 2017
DE SEGUROS LTDA.

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João da Silva Rodrigues, portador(a) do

RG nº 2001 028067508 expedido por SSP/CE, em

23/05/2001 CPF/CNPJ nº 040.959.823-22,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Bruno

de Souza Freitas do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

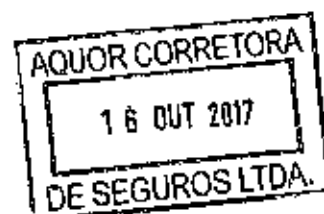
da vítima Bruno de Souza Freitas, e conforme

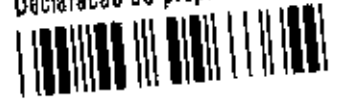
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusa informar Renda Mensal: R\$ recusa informar

Documentos comprobatórios: RG/CPF

João da Silva Rodrigues
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francivaldo Ribeiro de Lima,
 RG nº 9602802037.5 data de expedição 28/05/1996
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 785.565.203-59
 domicílio na cidade de Tramagua, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Pitompa, nº 512
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Bruno de Souza Freitas o condutor era
Bruno de Souza Freitas

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda CG 150 Fan Esi
 Ano: 2011/2011
 Placa: DEM 5836
 Chassi: 9C2K3670 Br62 3880
 Data do Acidente: 26/05/2016
 Local e Data: Tramagua - CE, 19/09/2017

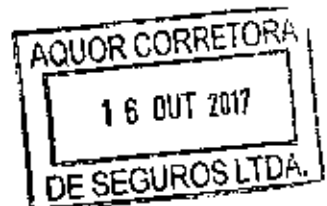
FRANCIVALDO RIBEIRO DE LIMA
 Assinatura do Declarante



x Bruno de Souza Freitas

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

Reconheço a(s) firma(s) autenticidade e
 verdadeira de: Francivaldo
de Ribeiro de
Lima
 Em test. _____ da cidade
TRAMAGUA 19 SET 2017
 BEL. RICARDO LUIZ - ES. SOLON - Oficial
 MANOEL MASSIAS DOS SANTOS - substituto
 MARIA JOSE ROCHA - substituta
 ANASTACIA JANE N. DE SA - Escrevente Autorizada





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
TIANGUA - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 067121	Atendimento 0043	Nome do Paciente BRUNO DE SOUZA FREITAS	CNS 206165390950005	Guia de Autorização
Documentos Certidão Nascimento: 27561		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 08/02/1995	Local TIANGUA/CE	Idade 21 Ano(s)		
Pai ANTONIO CARLOS DE SOUSA	Mãe MARIA DE FATIMA FREITAS DE SOUSA			
Endereço SÍTIO CACIMBAS, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62320-000	Município TIANGUA	UF CE
Profissão	Empresa	Conjuge		
Responsável MARIA DE FATIMA	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO CACIMBAS, SN	Município TIANGUA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 26/05/2016	Hora 17:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS		CRM/UF 10269/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário FAIANE SOUZA DE LIMA		
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	---------------------	----	----	--

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (bpm)	PA (mmHg)
			36	118	20	120x110

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

4h Tm PE @ SpO₂: 93%

NO SpO₂: 85% em 2h

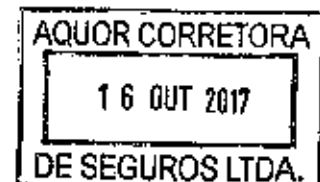
① Dor 2/10 V 17:40

② Febre 1h TV V 17:40

③ Rx d PE @

④ Am 200cc SIN V 17:40

⑤ Analise + verificação



MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

maria de fatima FS
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DE FATIMA

DQA PE D. ESCOLAS em MIE
L---o CAD. OPATA

SC BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
TIANGUA - CE
Guia de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 067121	Atendimento 0045	Nome do Paciente BRUNO DE SOUZA FREITAS	CNS 205166390950005	Guia de Autorização
Documento(s) Cartão Nascimento: 27561		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 08/02/1995		Local TIANGUA/CE	Idade 21 Ano(s)	
Pai ANTONIO CARLOS DE SOUSA		Mãe MARIA DE FATIMA FREITAS DE SOUSA		
Endereço SÍTIO CACIMBAS, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 62320-000	Município TIANGUA
Profissão	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 92399032
Responsável MARIA DE FATIMA		CPF do Responsável	Endereço SÍTIO CACIMBAS, SN	Município TIANGUA
			UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/05/2016	Hora 08:03	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário NOELIA PINHEIRO DE SOUSA VIEIRA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)
PA (mmHg)				

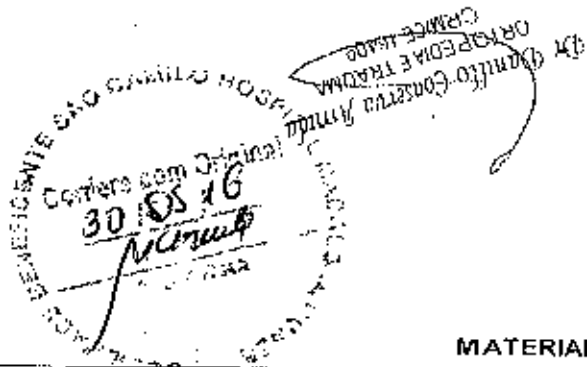
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Rx perfil + axel
da calcâneo D

hans fe D

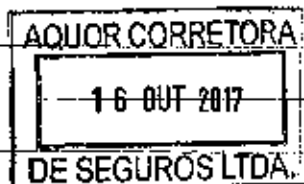
Rx. ~~AT~~ idame
S/ dem
AM of

d. muito
aiute
te h. Sub.



MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Carteira com Original
30/05/16
Danillo Conserva Arruda



DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

02 gestada 20
06 gestada 40

315/16/343

Assinatura de Maria de Fátima FS
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DE FATIMA

RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

documentação médica - hospitalar

VÍTIMA: Bruno de Souza Freitas

DATA DO ACIDENTE: 26/05/2016



1 - ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Lesão vitimada acidente de moto que
resultou na fratura de calcâneo direito e
luxação de pé direito. (Tornozelo D)

2 - RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VÍTIMA FOI SUBMETIDA AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO:

No atendimento foi colocado gesso gessada
durante 30 dias + Analgésicos.

3 - A VÍTIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS? ☒ SIM - () NÃO

EM CASO POSITIVO, DESDE QUE DATA 12/01/2018

4 - A VÍTIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS? ☒ SIM (ANEXAR CÓPIAS) - () NÃO

5 - APÓS O TÉRMINO DE TODO O TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA?

☒ SIM - () NÃO

ESPECIFICAR O(S) MEMBRO(S), ÓRGÃO(S) OU FUNÇÃO(ÕES) ATINGIDO(S) E QUANTIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS (%). OBS: NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE REDUÇÃO FUNCIONAL (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ÍTEM.

O péte ficou com limitação dos movimentos
do pé direito diminuído em ± 60%.

DECLARO QUE EXAMINEI A VÍTIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SIGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA AO SEGURO DPVAT, FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA LÍDER, EFETUAR QUALQUER INDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUERER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DE GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGURO EM VIGOR.

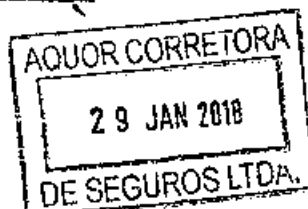
Tianqueir 12 DE fevereiro DE 2018

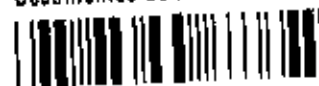
LOCAL

DATA

DR(A)

ASSINATURA - CARIMBO C/ CRM - ESPECIALIDADE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CANTERA NACIONAL DE HABILITACAO

BRUNO DE SOUZA FREITAS

DOC. BRUNO DE SOUZA FREITAS
 2000090662744 2007

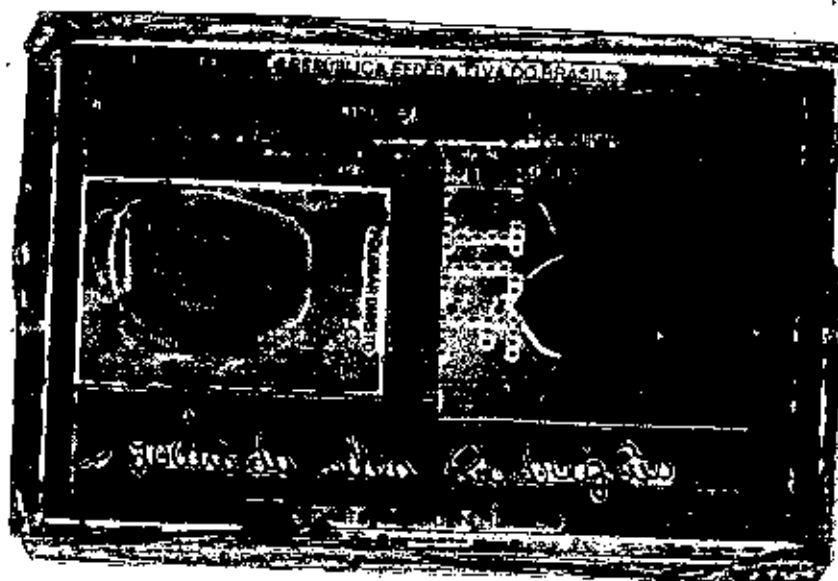
DATA DE EMISSAO: 08/02/1999

ANTONIO CARLOS DE SOUZA
 MARIA DE FATIMA FREITAS SOUZA

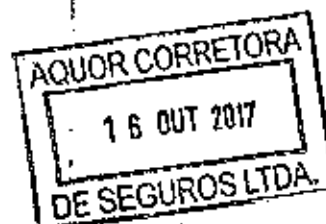
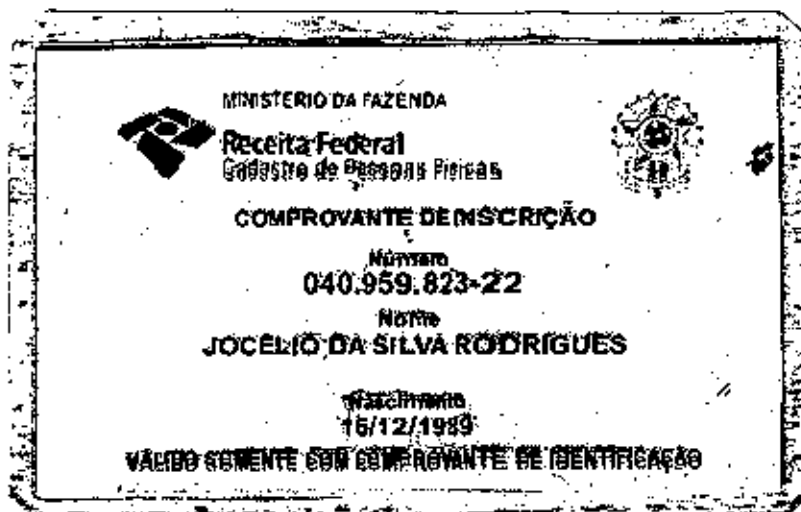
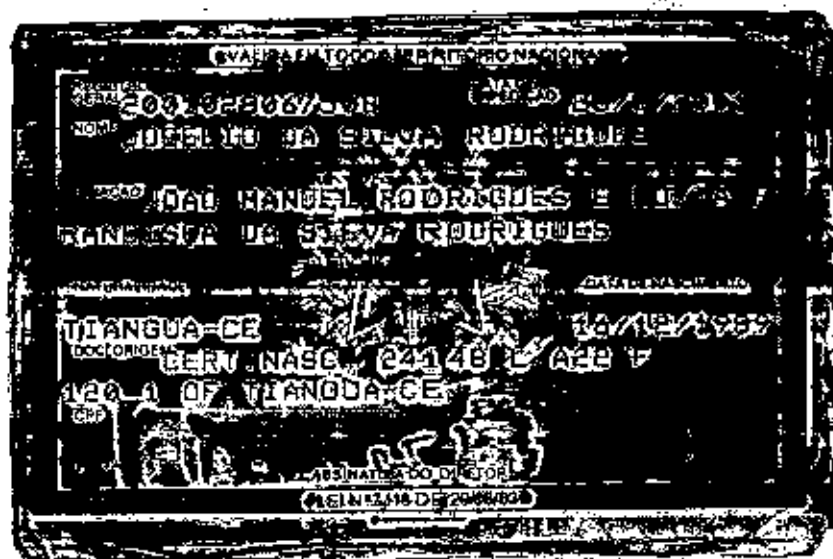
16/10/2017

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

AQUOR CORRETORA
 16 OUT 2017
 DE SEGUROS LTDA.



Documentos de identificação



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560022 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO DE SOUZA FREITAS **Data do acidente:** 26/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ E CALCANEIO DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO PRONTUARIO MEDICO

Observações:

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560022 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO DE SOUZA FREITAS **Data do acidente:** 26/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ E CALCANEIO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560022 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO DE SOUZA FREITAS **Data do acidente:** 26/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU LEVE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: BRUNO DE SOUZA FREITAS		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 20090980633744	
CPF nº: 061.660.993-04	Residência: SITIO VIADO SECO		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: TIANGUÁ	Estado: CEARÁ	CEP: 62-320-000

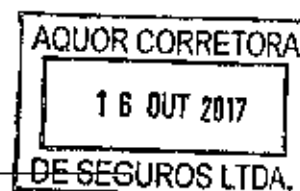
OUTORGADO:

Nome: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: ESTUDANTE	Carteira de Identidade: 2001028067508	
CPF nº: 040.959.823-22	Residência: A.V PREFEITO JAQUES NUNES, S/N		
Bairro: FRECHEIRAS	Cidade: TIANGUA	Estado: CEARÁ	CEP: 62320-000

PODERES:

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

Tiangua - CE, 17 de Julho de 2017.



xi Bruno de Souza Freitas

OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Cartório do 2º Ofício de Tianguá
Rua Virgílio Vasconcelos, 97 - Centro - Tianguá - CE - CEP 62320-000
Fone (88) 3671.1290 - oficio2@tiangua@hotmail.com
RECONHECIMENTO nº 026804
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: **BRUNO DE SOUZA FREITAS**
Tiangua - CE, 21 de agosto de 2017. Em test. da verdade.
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
HIASMINI ALBUQUERQUE ALVES SOUSA
HIASMINI ALBUQUERQUE ALVES SOUSA - Escrivente Autorizada(o)



**VÁLIDO SOMENTE
COM
SELO DE AUTENTICIDADE**