

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: 09/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000023558-2

Nr. da Autenticação 50B763FA6BB20205

**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

Nome do(a) Examinado(a): Jose Edgar Jacinto de Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Flaviano José da Silva, 36
Limoeiro Juazeiro do Norte CE CEP: 63030-271
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2007029143240
Data local do exame: [05/11/2016] Juazeiro 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)
LUXACAO DO OMBRO ESQUERDO E TRAUMA DO BRACO ESQUERDO E TORAX A ESQUERDA, APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
Data da alta: OUT DE 2016
TRATAMENTO CONSERVADRO COM TIPOIA E SEM REDUCAO DA LUXACAO.
Complicações: NAO HA COMPLICACAO
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO 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 | () "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):
Membro superior - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

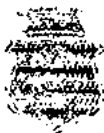
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Médico - CRM 8133
CPF: 549.070.043-20



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



0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12497 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/08/2016 10:09:46
Data / Hora da Ocorrência: 31/07/2016 06:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA SEBASTIÃO MARIANO
Complemento:
Bairro: TIRADENTES Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Nascimento: 09/10/1992 CPF: 064.395.253-52
RG: 2007029143240 Órgão Emissor: SSP
Filiação: LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
EDIVAL DE CARVALHO
Endereço: RUA FLAVIANO JOSÉ DA SILVA, 36
Bairro: LIMOEIRO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL

Telefone:

UF: CE
M E M
SEGURADORA

CEP: 30 AGO. 2016

DPVAT

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY6290 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: BCGKE152082033127 Renavam: 306867680 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS NOS ARTIGOS 340 E 342, AMBOS DO CPB, RELATA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA-MENCIONADO CONDUZIA A MOTO YAMAHA DE PLACA NUY 6290 QUANDO PERDERA O CONTROLE DA MESMA AO PASSAR POR UM BANCO DE AREIA, COLIDINDO NA CERCA, INDO AO SOLO, ONDE SOFREU FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ONDE TEVE ATENDIMENTO MÉDICO, QUE NÃO POSSUI CNH, QUE A REFERIDA MOTO PERTENCE A SUA MÃE, QUE APRESENTA COPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: RG, CPF, CRLV, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC - PRONTUÁRIO DE Nº 27492, E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Carlos Jacinto de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 2007029143-240 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.395.253-52, residente e domiciliado na R. Flaviano Jose da Silva, 36 - Limoeiro, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, 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
- (X) 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 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.

Jose Carlos Jacinto de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte-CE 17/08/16

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO Prontuário: 27492 Admissão: 31/07/2016
Data Nasc.: 09/10/1992 Idade: 23 ano(s) 9 mes(es) e 27 dia(s) Telefone: 88 988287004
Mãe: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
Sexo: Masculino RG: 2007029143240 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ
Endereço: RUA FRANCISCO LEANDRO DE SOUSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário: 08:44
Queixa: pte relata ter sofrido acidente motociclistico, apresenta dor toracica e em mse, relata tambem historia de inconsciencia
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: HISTORIA DE INCONSCIENCIA
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº 334540 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS DO OMBRO E DO BRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DO MOTO SOFRENDO TRAUMA NO TÓRAX E NO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME DOR A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E NO GRADIL COSTAL DIREITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
31/07/2016 08:44:00	TRAUMA MAIOR	HISTORIA DE INCONSCIENCIA	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

Comprovação do ato declaratório

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS D AP/OBLIQUO (0204030072)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E AXIAL (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado

Fernando Neves P. da Luz
CRM: 4366
CPR: 217.144.874-15

M B M
SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jose Carlos Jacinto de Carvalho

RG nº 2007029143240 Data de expedição 19/06/07 Órgão SSP-CE

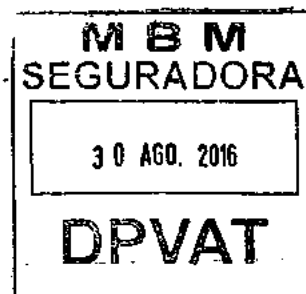
CPF nº 064395.253-52 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Flaviano Jose da Silva</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limoeiro</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63030.271</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572.0398 / (88) 99779.2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte CE 17/08/16

Assinatura do Declarante: Jose Carlos Jacinto de Carvalho



Page 6

3030271
 Poste 0000 0000
 Fator de Potência 0,00
 CGF

[illegible]

	Pastor's Individual			Aggregates Individual		
	Minist	Yrly	Annual	Minist	Yrly	Annual
DIC	5.07	10.15	20.30	0.00	0.00	0.00
FIC	3.23	6.47	12.95	0.00	0.00	0.00
AMIC	2.86			0.00		

[illegible]

14/07/16
DESCARGOS
VALOR CONSUMO DO MES
Multa Moratoria REF 06/2016

78.45

21/07/2016

ENERGIA

Transmissao 33,47

Distribuicao 11,83

Cargos Setoriais 24,57

Tributos (ICMS PIS/COFINS) 76,08

TOTAL 145,95

Com 0,00

Emitido 0,00

HISTORICO DE CANCELAMENTO

DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
81	100	146	129	130	121	90	85	33	24
82	100	146	129	130	121	90	85	33	24
83	100	146	129	130	121	90	85	33	24
84	100	146	129	130	121	90	85	33	24
85	100	146	129	130	121	90	85	33	24
86	100	146	129	130	121	90	85	33	24
87	100	146	129	130	121	90	85	33	24
88	100	146	129	130	121	90	85	33	24
89	100	146	129	130	121	90	85	33	24
90	100	146	129	130	121	90	85	33	24
91	100	146	129	130	121	90	85	33	24
92	100	146	129	130	121	90	85	33	24
93	100	146	129	130	121	90	85	33	24
94	100	146	129	130	121	90	85	33	24
95	100	146	129	130	121	90	85	33	24
96	100	146	129	130	121	90	85	33	24
97	100	146	129	130	121	90	85	33	24
98	100	146	129	130	121	90	85	33	24
99	100	146	129	130	121	90	85	33	24
100	100	146	129	130	121	90	85	33	24

81 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

82 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

83 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

84 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

85 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

86 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

87 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

88 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

89 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

90 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

91 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

92 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

93 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

94 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

95 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

96 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

97 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

98 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

99 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

100 Jul Jan Mar Abr Mar Pou Jan Dez Nov Out Dez Nov

47,11

CONTAS EN ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 105,80. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso se até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES
- Valor R\$
105,60

MBM
SEGURADORA

30 AGO. 2016

DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jose Carlos Jacinto de Carvalho

RG nº 2007029143240 Data de expedição 19/06/07 Órgão SSP-CE

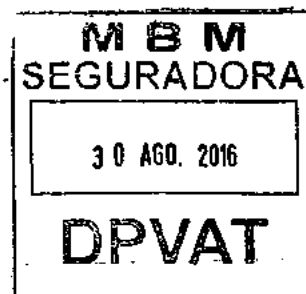
CPF nº 064395.253-52 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Flaviano Jose da Silva</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limoeiro</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63030.271</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572.0398 / (88) 99779.2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte CE 17/08/16

Assinatura do Declarante: Jose Carlos Jacinto de Carvalho



6234069-7

Endereço: Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 4 - 4
Data de Emissão 14/07/2016

Rota 09 13000 22 261400 - 4
Nome SAMUEL FLORIANO DOS SANTOS
End. Postal RU FLAVIANO JOSE DA SILVA 00036
LIMOEIRO - JUAZEIRO DO NORTE - 63030271
Medidor 7686289
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 067366094-02
Nome do Responsável
Fator de Potência 0,00
CGF

DATA

14/07/2016 16/08/2016

Base de Cálculo (R\$) 76,38

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 20,62

DIC 5,07

FIC 3,23

DMIC 2,86

Valor (R\$) 76,38

Valor (R\$) 2,07

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 06/2016

21/07/2016

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Jun 16	189	0,00
Jul 16	189	0,00
Ag 16	189	0,00
Sep 16	189	0,00
Out 16	189	0,00
Nov 16	189	0,00
Dez 16	189	0,00
Jan 17	189	0,00
Fev 17	189	0,00
Mar 17	189	0,00
Abr 17	189	0,00
Mai 17	189	0,00
Jun 17	189	0,00
Jul 17	189	0,00
Ag 17	189	0,00
Sep 17	189	0,00
Out 17	189	0,00
Nov 17	189	0,00
Dez 17	189	0,00
Jan 18	189	0,00
Fev 18	189	0,00
Mar 18	189	0,00
Abr 18	189	0,00
Mai 18	189	0,00
Jun 18	189	0,00
Jul 18	189	0,00
Ag 18	189	0,00
Sep 18	189	0,00
Out 18	189	0,00
Nov 18	189	0,00
Dez 18	189	0,00
Jan 19	189	0,00
Fev 19	189	0,00
Mar 19	189	0,00
Abr 19	189	0,00
Mai 19	189	0,00
Jun 19	189	0,00
Jul 19	189	0,00
Ag 19	189	0,00
Sep 19	189	0,00
Out 19	189	0,00
Nov 19	189	0,00
Dez 19	189	0,00
Jan 20	189	0,00
Fev 20	189	0,00
Mar 20	189	0,00
Abr 20	189	0,00
Mai 20	189	0,00
Jun 20	189	0,00
Jul 20	189	0,00
Ag 20	189	0,00
Sep 20	189	0,00
Out 20	189	0,00
Nov 20	189	0,00
Dez 20	189	0,00
Jan 21	189	0,00
Fev 21	189	0,00
Mar 21	189	0,00
Abr 21	189	0,00
Mai 21	189	0,00
Jun 21	189	0,00
Jul 21	189	0,00
Ag 21	189	0,00
Sep 21	189	0,00
Out 21	189	0,00
Nov 21	189	0,00
Dez 21	189	0,00
Jan 22	189	0,00
Fev 22	189	0,00
Mar 22	189	0,00
Abr 22	189	0,00
Mai 22	189	0,00
Jun 22	189	0,00
Jul 22	189	0,00
Ag 22	189	0,00
Sep 22	189	0,00
Out 22	189	0,00
Nov 22	189	0,00
Dez 22	189	0,00
Jan 23	189	0,00
Fev 23	189	0,00
Mar 23	189	0,00
Abr 23	189	0,00
Mai 23	189	0,00
Jun 23	189	0,00
Jul 23	189	0,00
Ag 23	189	0,00
Sep 23	189	0,00
Out 23	189	0,00
Nov 23	189	0,00
Dez 23	189	0,00
Jan 24	189	0,00
Fev 24	189	0,00
Mar 24	189	0,00
Abr 24	189	0,00
Mai 24	189	0,00
Jun 24	189	0,00
Jul 24	189	0,00
Ag 24	189	0,00
Sep 24	189	0,00
Out 24	189	0,00
Nov 24	189	0,00
Dez 24	189	0,00
Jan 25	189	0,00
Fev 25	189	0,00
Mar 25	189	0,00
Abr 25	189	0,00
Mai 25	189	0,00
Jun 25	189	0,00
Jul 25	189	0,00
Ag 25	189	0,00
Sep 25	189	0,00
Out 25	189	0,00
Nov 25	189	0,00
Dez 25	189	0,00
Jan 26	189	0,00
Fev 26	189	0,00
Mar 26	189	0,00
Abr 26	189	0,00
Mai 26	189	0,00
Jun 26	189	0,00
Jul 26	189	0,00
Ag 26	189	0,00
Sep 26	189	0,00
Out 26	189	0,00
Nov 26	189	0,00
Dez 26	189	0,00
Jan 27	189	0,00
Fev 27	189	0,00
Mar 27	189	0,00
Abr 27	189	0,00
Mai 27	189	0,00
Jun 27	189	0,00
Jul 27	189	0,00
Ag 27	189	0,00
Sep 27	189	0,00
Out 27	189	0,00
Nov 27	189	0,00
Dez 27	189	0,00
Jan 28	189	0,00
Fev 28	189	0,00
Mar 28	189	0,00
Abr 28	189	0,00
Mai 28	189	0,00
Jun 28	189	0,00
Jul 28	189	0,00
Ag 28	189	0,00
Sep 28	189	0,00
Out 28	189	0,00
Nov 28	189	0,00
Dez 28	189	0,00
Jan 29	189	0,00
Fev 29	189	0,00
Mar 29	189	0,00
Abr 29	189	0,00
Mai 29	189	0,00
Jun 29	189	0,00
Jul 29	189	0,00
Ag 29	189	0,00
Sep 29	189	0,00
Out 29	189	0,00
Nov 29	189	0,00
Dez 29	189	0,00
Jan 30	189	0,00
Fev 30	189	0,00
Mar 30	189	0,00
Abr 30	189	0,00
Mai 30	189	0,00
Jun 30	189	0,00
Jul 30	189	0,00
Ag 30	189	0,00
Sep 30	189	0,00
Out 30	189	0,00
Nov 30	189	0,00
Dez 30	189	0,00
Jan 31	189	0,00
Fev 31	189	0,00
Mar 31	189	0,00
Abr 31	189	0,00
Mai 31	189	0,00
Jun 31	189	0,00
Jul 31	189	0,00
Ag 31	189	0,00
Sep 31	189	0,00
Out 31	189	0,00
Nov 31	189	0,00
Dez 31	189	0,00
Jan 32	189	0,00
Fev 32	189	0,00
Mar 32	189	0,00
Abr 32	189	0,00
Mai 32	189	0,00
Jun 32	189	0,00
Jul 32	189	0,00
Ag 32	189	0,00
Sep 32	189	0,00
Out 32	189	0,00
Nov 32	189	0,00
Dez 32	189	0,00
Jan 33	189	0,00
Fev 33	189	0,00
Mar 33	189	0,00
Abr 33	189	0,00
Mai 33	189	0,00
Jun 33	189	0,00
Jul 33	189	0,00
Ag 33	189	0,00
Sep 33	189	0,00
Out 33	189	0,00
Nov 33	189	0,00
Dez 33	189	0,00
Jan 34	189	0,00
Fev 34	189	0,00
Mar 34	189	0,00
Abr 34	189	0,00
Mai 34	189	0,00
Jun 34	189	0,00
Jul 34	189	0,00
Ag 34	189	0,00
Sep 34	189	0,00
Out 34	189	0,00
Nov 34	189	0,00
Dez 34	189	0,00
Jan 35	189	0,00
Fev 35	189	0,00
Mar 35	189	0,00
Abr 35	189	0,00
Mai 35	189	0,00
Jun 35	189	0,00
Jul 35	189	0,00
Ag 35	189	0,00
Sep 35	189	0,00
Out 35	189	0,00
Nov 35	189	0,00
Dez 35	189	0,00
Jan 36	189	0,00
Fev 36	189	0,00
Mar 36	189	0,00
Abr 36	189	0,00
Mai 36	189	0,00
Jun 36	189	0,00
Jul 36	189	0,00
Ag 36	189	0,00
Sep 36	189	0,00
Out 36	189	0,00
Nov 36	189	0,00
Dez 36	189	0,00
Jan 37	189	0,00
Fev 37	189	0,00
Mar 37	189	0,00
Abr 37	189	0,00
Mai 37	189	0,00
Jun 37	189	0,00
Jul 37	189	0,00
Ag 37	189	0,00
Sep 37	189	0,00
Out 37	189	0,00
Nov 37	189	0,00
Dez 37	189	0,00
Jan 38	189	0,00
Fev 38	189	0,00
Mar 38	189	0,00
Abr 38	189	0,00
Mai 38	189	0,00
Jun 38	189	0,00
Jul 38	189	0,00
Ag 38	189	0,00
Sep 38	189	0,00
Out 38	189	0,00
Nov 38	189	0,00
Dez 38	189	0,00
Jan 39	189	0,00
Fev 39	189	0,00
Mar 39	189	0,00
Abr 39	189	0,00
Mai 39	189	0,00
Jun 39	189	0,00
Jul 39	189	0,00
Ag 39	189	0,00
Sep 39	189	0,00
Out 39	189	0,00
Nov 39	189	0,00
Dez 39	189	0,00
Jan 40	189	0,00
Fev 40	189	0,00
Mar 40	189	0,00
Abr 40	189	0,00
Mai 40	189	0,00
Jun 40	189	0,00
Jul 40	189	0,00
Ag 40	189	0,00
Sep 40	189	0,00
Out 40	189	0,00
Nov 40	189	0,00
Dez 40	189	0,00
Jan 41	189	0,00
Fev 41	189	0,00
Mar 41	189	0,00
Abr 41	189	0,00
Mai 41	189	0,00
Jun 41	189	0,00
Jul 41	189	0,00
Ag 41	189	0,00
Sep 41	189	0,00
Out 41	189	0,00
Nov 41	189	0,00
Dez 41	189	0,00
Jan 42	189	0,00
Fev 42	189	0,00
Mar 42	189	0,00
Abr 42	189	0,00
Mai 42	189	0,00
Jun 42	189	0,00
Jul 42	189	0,00
Ag 42	189	0,00
Sep 42	189	0,00
Out 42	189	0,00
Nov 42	189	0,00
Dez 42	189	0,00
Jan 43	189	0,00
Fev 43	189	0,00
Mar 43		



0015

Nº DO CLIENTE
6417502-2

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

coelce

Para regular seu atendimento, utilize o nº, pois
sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.343-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) - SÉRIE B - 110V
Rota 18 13000 10 4A2000 - 1 Data de Emissão 26/04/2016

Nome CICERA MARCIA VITAL LEITE

End. Postal TR SEVERINO CANDIDO 00010

PEDRINKAS - JUAZEIRO DO NORTE - 63018660

Medidor 2037066

Poste 0000 E53W

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

RG / CPF / CNPJ 005116273-35

CGF

Nome do Responsável

DATAS: Referência 26/04/2016 Data de Apresentação 26/04/2016 Próxima Leitura 25/05/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO: Vejo a legenda no verso desta conta

Conjuntos JUAZEIRO DO NORTE Mês Fev/2016 DIED 48,92

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO: DICI= 0,88 F
Padrão Individual Mensal 5,87 Tm. 10,15 Anual 28,38

Apuração Individual Mensal 0,00 Tm. 0,00 Anual 0,00
DICI 3,23 HIC 6,47 JZ 95 0,00 0,00 0,00
DMIC 2,86

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2002	2630	1,00	104	0,00	30	0,18771	4,73
					70	0,37038	10,92
					4	0,48588	1,50
26/04/16	24/03/16		33 DIAS		104		25,28

DESCRIÇÃO: VALOR CONSUMO DO MÊS 25,28

QUOTA PARCELAMENTO 2/8 41,48

MULTA MORATORIA REF 03/2016 1,89

CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS 0,75

JUROS DO MÊS 1,62

PIS-COFINS, COMPLEMENTAR-TARIFA 1,25

VENCIMENTO 03/05/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 72,27

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO: HISTÓRICO DE CONSUMO

Energia	Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Impostos (PIS/COFINS)	TOTAL
15,80	0,00	0,00	0,00	0,00	26,50

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
44,95	0,00	0

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO DEBITOS ANTERIORES

Preço Aviso: 03/2016 155,60

Total 155,60

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.

Segue o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida implica

na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias

após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL nº 414/10. Aviso

172 e 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção

ao crédito e cartório de protesto. Caso já tenha efetuado o pagamento,

favor desconsiderar o aviso.

MBM
SEGURADORA

30 AGO. 2016

DPVAT



0030

Autorização de funcionamento

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 Cicera Marcia Vital Leite, portador(a) do

RG nº CNH:06188254640, expedido por Detran-CE, em

26 / 09 / 2014, CPF/CNPJ nº 005.116.273-35,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose Edgar

facinto de Carvalho do sinistro de DPVAT da natureza invalides

da vítima Jose Edgar facinto de Carvalho, e conforme

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

Profissão: Autônoma Renda Mensal: R\$ 784,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, Comp. Residência - Sem comprovação
de Profissão e Renda.

Cicera Marcia Vital Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

M B M
SEGURADORA
30 AGO. 2016
DPVAT



0031
Implementação

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marina Lucineide Jacinto de Carvalho

RG nº 254725993, data de expedição 04/10/13,

Órgão SSP, portador do CPF nº 731.957.903-00, com

domicílio na cidade de Juazeiro do N., no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Flaviano Gore da Silva, nº 336,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Gore Edgar Jacinto de Carvalho, cujo o condutor era

Jose Edgar Jacinto de Carvalho.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Yamaha / Factor 46R 125 K

Ano: 2014

Placa: MU4 6290

Chassi: 9CBK6L520B0033127

Data do Acidente: 31/07/16

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 03/08/16

5º OFÍCIO

Marina Lucineide Jacinto de Carvalho

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)

Reconheço por Autenticidade a(s)
firma(s) de Marina Lucineide Jacinto de Carvalho
O Referido é Verdadeiro. Juazeiro do Norte - CE

DATA: 03 AGR 2016 CPC

VÁLIDO SEMPRE

☐ Ben, Carlos Th...
☐ Belo, Danielle...
☐ Ana Paula da S...

MEM
SEGURADORA

30 AGO. 2016

DPVAT

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO Prontuário: 27492 Admissão: 31/07/2016
Data Nasc.: 09/10/1992 Idade: 23 ano(s) 9 mes(es) e 27 dia(s) Telefone: 88 988287004
Mãe: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
Sexo: Masculino RG: 2007029143240 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: JOSE GERALDO DA CRUZ
Endereço: RUA FRANCISCO LEANDRO DE SOUSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário: 08:44
Queixa: pcte relata ter sofrido acidente motociclistico, apresenta dor toracica e em mse, relata tambem historia de inconsciencia
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: HISTORIA DE INCONSCIENCIA
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 Nº 334540 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS DO OMBRO E DO BRACO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DO MOTO SOFREDO TRAUMA NO TÓRAX E NO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME DOR A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E NO GRADIL COSTAL DIREITO

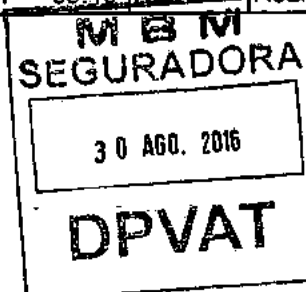
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
31/07/2016 08:44:00	TRAUMA MAIOR	HISTORIA DE INCONSCIENCIA	AMARELO	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX ARCOS COSTAIS D AP/OBLIQUO (0204030072)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E AXIAL (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado
RX OMBRO E LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	31/07/201 09:40	Não	Realizado

Dr. Fernando Neves P. da Luz
CRM: 4366
CPF: 217.144.874-15



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)



Atesto para os devidos fins
que José Edgar Jacinto de
Carvalho sofreu acidente de
moto no dia 31/07/2016 que
resultou em fratura no cla-
vículo esquerdo. Recebeu
tratamento (imobiliza-
ção) com alça definitiva,
podendo apresentar sequé-
la motora (limitação
de 70% do movimento
do ombro e braço esquerdos).

27/09/2016 -

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332



A SEGURADORA LIDER DPVAT

Venho informar a esta seguradora que não tenho outros documentos médicos nem realizei outros exames complementares devido as dificuldades nos hospitais, e envio um laudo atual onde informa minha sequela devido ao acidente que sofri. Diante do exposto SOLICITO que seja dado continuidade e que sejam enviados para análise da Seguradora Líder este laudo bem como a documentação anteriormente enviada.

JUAZEIRO DO NORTE – CE, 26/09/2016

ATT.

Jose Edgar Jacinto de Carvalho
JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160/540095



NÚMERO 2007029143240 DATA 19/6/2007
 NOME JOSE EDBAR JACINTO DE CARVALHO
 FILIAÇÃO EDIVAL DE CARVALHO E MARIA LUIZ
 NEIDE JACINTO DE CARVALHO
 NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 1/10/1992
 SEXO MASCULINO CERT. NASC. 36573 L. 25 F
 S67 J DO NORTE CE
 CPF
 PORTALEZA CE
 DIRETOR
 LEONARDO DE SOUSA



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAMBOSA DE SOUSA
 ESTADO DO CEARÁ CASA DO POVO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BAMBOSA DE SOUSA
 POLEGAR DIREITO
 JOSE EDBAR JACINTO DE CARVALHO
 ASSINATURA DO TITULAR
 CARTÃO DE IDENTIDADE

M B M
 SEGURADORA
 31 AGO. 2016
 DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.395.253-52**

Nome da Pessoa Física: **JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO**

Data de Nascimento: **09/10/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/09/2011**

Digito Verificador: **00**

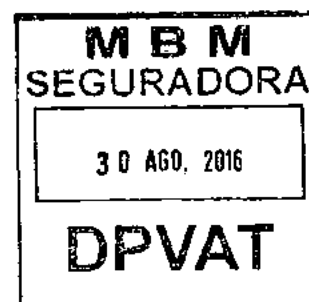
Comprovante emitido às: **17:36:27** do dia **16/08/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2335.C99E.FCD9.A78A**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

- Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160540095 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO **Data do acidente:** 31/07/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E TRAUMA DO BRACO ESQUERDO E TÓRAX A ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA SUBLUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MSE, LIMITAÇÃO PARA MOVIMENTO DE ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA E SEM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: José Edgar Jacinto de Carvalho, brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 200702944324^o, órgão expedidor SSP
e do CPF: 064.395.253-5², residente no(a) Rua Flaviano José da Silva
nº 36, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte.

OUTORGADO:

Nome: Cicera Marcia Vital Leite, brasileiro(a), estado civil: Casada
Profissão: Recuso Informar, portador(a) do RG Cnh:06188254640, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF: 005.116.273-35, residente no(a) Rua Severino Cândido
nº 10, bairro: Pedrinhas, município: Juazeiro do Norte / Ce.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima José Edgar Jacinto de Carvalho
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 12/08/16



José Edgar Jacinto de Carvalho
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CPC

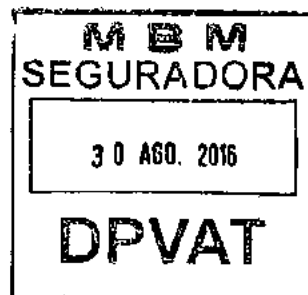
CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO

Rua do Calceiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-212 - Fone: (88) 3312-5233/3512-5718

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO, DOU FÉ, Juazeiro do Norte, 12/08/2016.

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA

(EM: 2.30) (FE: 0.15) (SE: 0.91) (FA: 0.11) (SS: 05/11/13.52)
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





Geradora Inicializadora de RMI



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, José Edson Jacinto de Carvalho,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007029143940 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 19/06/07 E
 CPF 064395253-52 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Edson Jacinto de Carvalho 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 do Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou **SEGURADORA**;
- 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 com o 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 SISDPVAT 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) 3587-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23558-2

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.

J. do Norte-CE 17 de agosto de 2016
 LOCAL E DATA

José Edson Jacinto de Carvalho
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emiçente:	FABIANO DE MOURA RIBEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005811-7 DU-4
Conta destino:	3587 / 013 / 00023558-2

Nome destinatário:	JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Valor:	

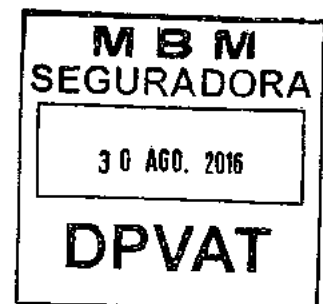
Data de débito:	26/08/2016
Data/hora da operação:	26/08/2016 10:33:04

Código da operação:	00080463
Chave de segurança:	1XWLJPMGA74KG4AU

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**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

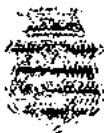
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edgar Jacinto de Carvalho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Flaviano José da Silva, 36
Limoeiro Juazeiro do Norte CE CEP: 63030-271
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2007029143240
Data local do exame: [05/11/2016] Juazeiro do Norte [CE]

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)
LUXACAO DO OMBRO ESQUERDO E TRAUMA DO BRACO ESQUERDO E TORAX A ESQUERDA, APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO.
Data da alta: OUT DE 2016
TRATAMENTO CONSERVADRO COM TIPOIA E SEM REDUCAO DA LUXACAO.
Complicações: NAO HA COMPLICACAO
- 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.
APRESENTA SUBLUXACAO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUICAO DA FORCA DE SUSTENTACAO DO MSE, LIMITACAO PARA MOVIMENTO DE ROTACAO INTERNA DO OMBRO 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Membro superior - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Médico - CRM 8133
CPF: 549.070.043-20



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



0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 12497 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/08/2016 10:09:46
Data / Hora da Ocorrência: 31/07/2016 06:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA SEBASTIÃO MARIANO
Complemento:
Bairro: TIRADENTES Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Nascimento: 09/10/1992 CPF: 064.395.253-52
RG: 2007029143240 Órgão Emissor: SSP
Filiação: LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO
EDIVAL DE CARVALHO
Endereço: RUA FLAVIANO JOSÉ DA SILVA, 36
Bairro: LIMOEIRO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL

Telefone:

UF: CE
M E M
SEGURADORA

CEP: 30 AGO. 2016

DPVAT

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY6290 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: BCGKE152082033127 Renavam: 306867680 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARIA LUCINEIDE JACINTO DE CARVALHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS NOS ARTIGOS 340 E 342, AMBOS DO CPB, RELATA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA-MENCIONADO CONDUZIA A MOTO YAMAHA DE PLACA NUY 6290 QUANDO PERDERA O CONTROLE DA MESMA AO PASSAR POR UM BANCO DE AREIA, COLIDINDO NA CERCA, INDO AO SOLO, ONDE SOFREU FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ONDE TEVE ATENDIMENTO MÉDICO, QUE NÃO POSSUI CNH, QUE A REFERIDA MOTO PERTENCE A SUA MÃE, QUE APRESENTA COPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: RG, CPF, CRLV, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC - PRONTUÁRIO DE Nº 27492, E NADA MAIS DISSE.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Edgar Jacinto de Carvalho

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Edgar Jacinto de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 2007029143-240 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.395.253-52, residente e domiciliado na R. Flaviano Jose da Silva, 36 - Limoeiro, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, 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
- (X) 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 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.

Jose Edgar Jacinto de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte-CE 17/08/16

Local e data





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9682266

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vitima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9687289

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vitima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2016

Carta nº: 9906543

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vítima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2016

Carta nº: 10025937

A/C: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Sinistro: 3160540095 ASL-1045634/16
Vítima: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

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: JOSE EDGAR JACINTO DE CARVALHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003587

Conta: 0000023558-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

