

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180365885**

Vitima: **LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALY RAJAI FERNANDES MOTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180365885**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13219649



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
Nº Sinistro: 3180365885
Vitima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALY RAJAI FERNANDES MOTA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180365885**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carta nº 13232953



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de Idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

623711003-82

Nome completo da vítima

LUTENBERG OCMENEZES PEREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUTENBERG OCMENEZES PEREIRA		CPF titular da conta 623.711.003-82	Profissão RGCWSOL
Endereço RUA 18		Número 18	Complemento
Bairro SANTO SÁTIRO	Cidade MARACANAU	Estado CEARA	CEP 61900-00
Email		Telefone (DDD) (85) 98699-2854	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR: ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO _____

AGÊNCIA
NRO: _____ D/V _____

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA
NRO: 3604 D/V _____

(Informar dígito se existir)

CONTA
NRO: 00017136 D/V 4

(Informar dígito se existir)

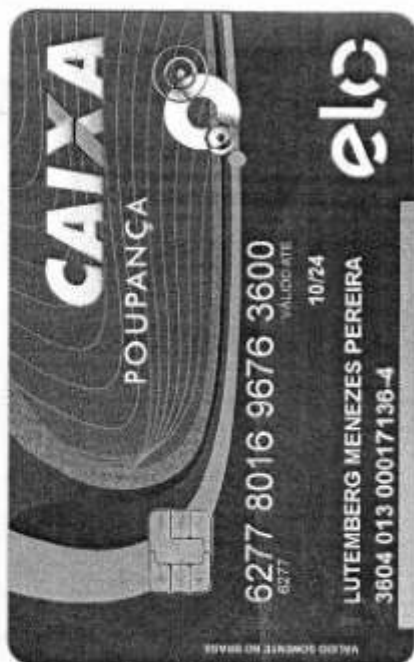
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maracanau CE, 06 de Agosto de 2018
Local e Data



Lutemberg de Menezes Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 120 - 1134 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **03/08/2018 15:32:21**Data / Hora da Ocorrência: **21/01/2018 10:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA 101**

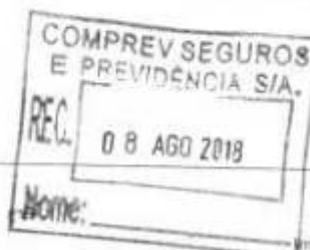
Complemento:

Bairro: **CONJ. ACARACUZINHO** Município: **MARACANAÚ/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE AO TERMINAL DE ÔNIBUS****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA**Nascimento: **03/02/1977** CPF: **623.711.003-82**RG: **95024041323**Orgão Emissor: **SSP/CE**

UF:

Filiação: **TEREZA PONTES DE MENEZES PEREIRA****LUIZ GONZAGA PEREIRA**Endereço: **RUA RUA 18, 231**Bairro: **SANTO SÁTIRO**Município: **MARACANAÚ/CE**País: **BRASIL**CEP: **61.900-000**Telefone: **(85) 98565-9742****Histórico**

Informa o declarante que no dia acima citado estava conduzindo a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES de placa OHY9248, Renavam: 488564620, Chassi: 9C2KD0550CR307980 registrada no Detran em nome de TEREZA PONTES MENEZES PEREIRA, sua genitora, quando o motorista de um carro (não foi anotada a placa), que estava estacionado em frente a uma borracharia, abriu a porta e o declarante acabou colidindo com sua motocicleta na porta e caiu ao solo; Que o declarante foi socorrido por sua irmã LUZEILA que o levou em carro particular para o hospital ABEMP; Que foi constatado que o declarante teve lesão no joelho direito e escoriações; Que o motorista do carro ficou no local e arcou com o prejuízo da moto, porém depois não entrou mais em contato com o declarante como prometeu para lhe ajudar nas despesas médicas; Que o declarante não conhece o motorista do carro sabe apenas que seu nome é FRANCISCO esposo da IEDA e reside no Conj. Acaracuzinho. E nada mais disse. x/x/x/xx/

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****EDNUZIA ALMEIDA EMIDIO - MAT.: 404678-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****FELIPE ALVES SILVA MOREIRA - MAT.: 30120256**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA

CPF da Vítima

623755003-82

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Nasceram em 06 de Agosto de 2018
Local e Data

Lutemberg de Menezes Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICORDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 21/01/2018

HORA: 11:34

PACIENTE:	LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA		
DATA DE NASCIMENTO:	03.02.1977	CNS:	707 8006 958 1713
MÃE:	TEREZA PONTES DE MENEZES PEREIRA		
PAI:	LUIZ GONZAGA PEREIRA		
ENDEREÇO:	R-18	Nº	231 BAIRRO: SANTO SATIRO
MUNICÍPIO:	MARACANAU	TELEFONE:	85 98565-9742
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	SIM:	NÃO:	RECEPCIONISTA: JONES
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR. JOSE FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

*Acidente de moto na
av. Amador de Aguiar
Rua do S. João*

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

*Dores agudas e intensas em peito e
membros e exame físico*

EXAMES SOLICITADOS

Uso CP e analg.

DIAGNÓSTICO: *Lesão ligamentar* CID: *030309020*
PROCEDIMENTO: *curativo* CÓDIGO: *030309020*
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM: NÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE:

CÓPIA

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIOS
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE MARACANAU - ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajucara
CEP: 61.941-300
MARACANAU - CE

ASS: DO MÉDICO RESPONSÁVEL

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL

Luizete P. Pereira

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACANAU - CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06



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: 31/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000017136-4

Nr. da Autenticação 7644377063173A1A

MANTENHA EM DIA A SUA SAÚDE E A DE SUA FAMÍLIA.

Fique atento às dicas do Hapvida para não perder a carência que você já conquistou e nem deixar o seu plano ser cancelado.

Seu boleto de pagamento ainda não chegou?

Imprima a 2ª via nos seguintes locais:

• Site www.hapvida.com.br

• Terminal de autoatendimento da unidade Hapvida mais perto de você.

Perdeu o prazo de pagamento do boleto?

Seu boleto continua válido mesmo depois da data de vencimento. Não deixe de pagá-lo para evitar o cancelamento do plano de saúde. Seu contrato pode ser cancelado se atingir 60 dias de atraso, consecutivos ou não, cumulativamente nos últimos 12 meses, de acordo com o Art. 13, Parágrafo Único, II, da Lei 9.656/98.

O que significa "dias de atraso consecutivos ou não"?

Cada dia de atraso de cada boleto é contabilizado. Ao atingir 60 dias, seu plano pode ser cancelado. Por exemplo, se todo mês você pagar o boleto com 10 dias de atraso, ao final de seis meses, você terá contabilizado 60 dias de atraso.

O HAPVIDA NÃO POSSUI COBRADORES DOMICILIARES, PAGUE SEU BOLETO SOMENTE NOS LOCAIS CREDENCIADOS.

E para garantir o atendimento, leve seu documento de identidade original com foto à consulta. Para menores de idade, apresente a certidão de nascimento.

SAC: 0800 280 9130

Ouvidoria: 4020 9091

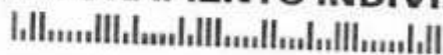
www.hapvida.com.br

[/hapvida.saude](https://www.facebook.com/hapvida.saude)

[@hapvidasaude](https://www.instagram.com/hapvidasaude)



FATURAMENTO INDIVIDUAL



VENC: 15/05/2018

CTCE FORTALEZA CE G1

ALY RAJAI FERNANDES MOTA

R 115 145 B, CONJ ACARACUZINHO

ACARACUZINHO

61920-640 MARACANAU - CE

03



H.FI.BI.1638139.TXT

14424

HAPVIDA. MAIOR SISTEMA DE SAÚDE E ODONTOLOGIA DO NORTE E NORDESTE.



ENCONTRE A UNIDADE
MAIS PERTO DE VOCÊ.

ACESSE:

www.hapvida.com.br

[/hapvida.saude](https://www.facebook.com/hapvida.saude)

[@hapvidasaude](https://www.instagram.com/hapvidasaude)



Faz bem pra você



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Aly Rossi Fernandes Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 863.433.603 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 623.711.003 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADE da Vítima LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 623.711.003 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua J25B</u>		Numero <u>145</u>	Complemento
Bairro <u>ACACIOZINHO</u>	Cidade <u>MARACANPÓ</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>61920640</u>
Email <u>AlyRossi@Live.Com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(85) 986992854</u>

MARACANPÓ, 06 de Agosto de 2018
Local e Data

Aly Rossi Fernandes Neto
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, TEREZA PONTES MENEZES PEREIRA

RG nº 0486507220135 data de expedição 06/06/2013

Órgão P3, portador do CPF nº 06992927353, com domicílio na cidade de MARACANAÚ, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA K LOT VILA BURITI, nº 208.

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 LUTBERG MENEGES PEREIRA, cujo o condutor era LUTBERG MENEGES PEREIRA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA NXR 350 BROS ES
Ano: 2012
Placa: OHY9248
Chassi: 9C2K00560CE307980
Data do Acidente: 21/01/2018
Local e Data: MARACANAÚ 12, Julho, 2018

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO QUEIROZ Rua Cap. Valdemar de Lima Nº 123 - Centro - Fone: 3371 1075 MARACANAÚ - CE	Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) <u>de Tereza Pontes Menezes Pereira</u>
	Dou fé Maracanaú. <u>12 JUL 2018</u> _____ Grilania Araújo Lopes - Substituta Laisneide Queiroz de Oliveira - Oficial





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR

ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 21/01/2018

HORA: 11:34

PACIENTE:	LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA		
DATA DE NASCIMENTO:	03.02.1977	CNS:	707 8006 958 1713
MÃE:	TEREZA PONTES DE MENEZES PEREIRA		
PAI:	LUIZ GONZAGA PEREIRA		
ENDEREÇO:	R-18	Nº	231 BAIRRO: SANTO SATIRO
MUNICÍPIO:	MARACANAÚ	TELEFONE:	85 98565-9742
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	SIM:	NÃO:	RECEPCIONISTA: JONES
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR. JOSE FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

Acidente de moto na
rua de Maracanaú
Queda para o asfalto

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Dores agudas e intensas em joelhos e
membros inferiores

EXAMES SOLICITADOS

URTO de moto - x

DIAGNÓSTICO: Lesão ligamentar
PROCEDIMENTO: punção
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM: NÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE:

CID: 030309020

COMISSÃO REVISORA DE FRONTEIRA
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363 - Pajucara
CEP: 81.941-320

ASS: DO MÉDICO RESPONSÁVEL

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUCARA - MARACANAÚ-CE
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06



1º Solicitação: 24000166 49 26

BO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

União de Saúde de Aracanaú

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Masc. ☐Fem. ☐

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

000

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL; 38 - CID10 SECUNDÁRIO; 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Lesão ligamentar 2º grau
 com hemartrose, instabilidade
 crônica, nódulo da joia e
 bursite

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Jose Facundo Neto
 Traumatista - Ortopedista
 001.4364

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

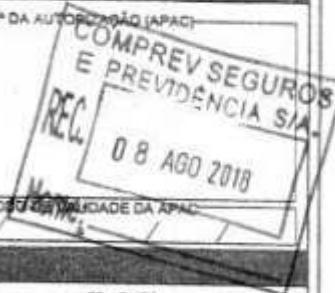
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



SISTEMA DE SAÚDE - MARACANAÚ - CE
FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA - (*)

Área de Vigilância à Saúde: _____

Unidade de Saúde de Vinculação: _____

Nome: _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Pront. Familiar: _____

Ocupação: _____

Telefone: _____

Referência para atendimento: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico

Motivo do encaminhamento: _____

Resultado de exames já realizados: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante: *José Facundo Neto*
 Função: *Traumatismo - Ortopedia*
 CRM: 4364

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Unidade de Referência: _____

Data: _____

Hora: _____

Endereço: _____

Município: _____

Nome do Profissional a ser procurado: _____

SECRETARIA DE SAÚDE
 SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO
 Assessoria de Planejamento e Administração

RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário ou Registro: _____

Data de alta: _____

Resumo clínico/cirúrgico/obstétrico: _____

Resultado de exames importantes para o diagnóstico: _____

Diagnóstico principal: _____

C.I.D.: _____

Secundário 1: _____

C.I.D.: _____

Secundário 2: _____

C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Hora

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDENCIA S/A.
 REC. 08 AGO 2019
 Nome: _____

(*) Preencher em duas vias entregando uma ao usuário

(*) Utilizar também como resumo de alta



RUA JOÃO CONRADO, 343 CNPJ 06.587.411/0001-06
FONES: (85) 3215.3133/3215.3134
MARACANAU - CEARÁ

INSS
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado *Seu tem*
de Arroz portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de *90 dias*
Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença: *CID M23.2*
lesão de articulação e
ligamento do joelho
do joelho direito
por queda
em 21/07/2014

Hospital e Ambulatório

José Jacundo Neto localidade e data
Traumato - Ortopedista
CRM: 4384

[Assinatura]
Ass. do Médico CRM nº _____

NOTA. Este atestado é valido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Leandro benf.
Dr. Manoel de Jesus portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 20 dias

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

10.5.2018

ABEMP
Hospital e Ambulatório

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4384

Ass. do Médico CRM nº _____

21/01/2018
Localidade e data

NOTA. Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho





INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO de o Segurado Antônio Luiz 012
portador da Carteira Profissional nº _____
nome _____ necessita de 15 dias -
Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CRD-5-431

ABEMP 14/02/2018
Hospital e Ambulatório Localidade e data

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista

CRM: 4364

[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM nº _____

Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86
do Ato 177, de 1991, do Decreto nº 60, de 1974/03/07 e será expedido
para afastamento do trabalho a partir da data de assinatura do médico.





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

350,17

6 de fev. 24 21 min

14 6 5

6 min 11 min

21 2 min

21/01/2018
1 min

José Ricardo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

Endereço: Rua 1003 - Pajuçara - Maracanhã/Ceará - Fones: (85) 3115.3333 / 3115.3104
TELE-FAXTO em João Maracanhã: (85) 3115.3104
CNPJ: 03.575.811/0001-08/INSIS: 03602 00688000-31





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Tram
Outra para os membros

2) *Tram 500 ml*

1 com 0,5

12 ml 12 horas

UOL TRC

24/10/2018

20:30 horas

21/10/2018

12 horas

UOL TRC 28/10/2018

09:30 h

Jose Ricardo Melo
Traumato - Ortopedista

CRM: 4364

DECRETO





Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento.....: 1221052 Data: 23/04/2018
Paciente.....: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
Solicitante.....: DR(A). JOSE FACUNDO NETO
Convênio.....: SUS
Exame: RM DO JOELHO DIR.
Qtde Papéis: 05 - Qtde folhas laudo: 01

TÉCNICA:

SAGITAL + CORONAL T1.
SAGITAL + CORONAL T2 SPAIR.
AXIAL DP SPIR.

RELATÓRIO:

- Presença de artefatos de movimentação pela incapacidade do paciente permanecer em repouso durante o exame, reduzindo a sensibilidade do método.
- Alteração na forma e no sinal em todos os segmentos do menisco medial, caracterizando-se ruptura.
- Alteração na forma e no sinal no corno anterior do menisco lateral, caracterizando-se ruptura radial. Nota-se ainda, ruptura vertical oblíqua no bordo livre do corno anterior do mesmo menisco.
- Heterogeneidade de sinal e indefinição de fibras proximais do ligamento cruzado anterior, sugerindo lesão parcial de alto grau/completa.
- Ligamento cruzado posterior acotovelado.
- Leve espessamento e heterogeneidade de sinal do ligamento colateral tibial.
- Ligamentos colateral fibular de morfologia, orientação e intensidade de sinal preservados. O mesmo se observa em relação ao ligamento patelar e ao tendão do quadríceps.
- Derrame articular de pequena monta.
- Afilamentos focais da cartilagem de revestimento do compartimento fêmoro-tibial medial.
- Demais cartilagens hialinas tem espessura e intensidade de sinal preservados.
- Extensa áreas de intensidade de sinal com padrão de edema ósseo nas cavidades medulares do compartimento fêmoro-tibial lateral, associando-se pequena área de lesão osteocondral, no aspecto pósterio-inferior do côndilo femoral. Achados de provável natureza contusional.
- Translação anterior da tibia.
- Distensão líquida da bursa poplíteia, sugerindo bursopatia.
- Sinais de edema nas partes moles do joelho, predominante em seu aspecto anterior.

DR. JORGE LUIS BEZERRA HOLANDA
RADIOLOGISTA
CRM: 9881

DM



Centro - ☎ (85) 3455.5555

Bezerra de Menezes - ☎ (85) 3455.5555

Maracanaú - ☎ (85) 3371.1020

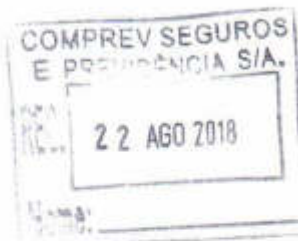
www.omnimagem.com.br

sac@omnimagem.com.br

whatsapp 98869.1171

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20



RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Victor Hugo de Figueiredo Pereira

vítima de acidente de trânsito, em 21/01/2018, sofreu:

*lesões completas do poleto direito
lesão ligamentar curso inferomedial
e lesão do menisco medial e lateral*

CID - S83.5 S83.4

e submeteu-se a tratamento(s):

*Clínica contraindicação
Imobilização, fisioterapia*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dor e desconforto no poleto
Instabilidade articular
Marcha claudicante
Bloqueio do poleto do poleto
Nos trabalhos, não realiza
movimentos de movimento
com carga. Dificuldade de
locomocão. Perda de
produtividade de trabalho.
Dor mediana de fratura*

22/08/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - CE

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411



Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento.....: 1221052 Data: 23/04/2018
Paciente.....: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
Solicitante.....: DR(A). JOSE FACUNDO NETO
Convênio.....: SUS
Exame: RM DO JOELHO DIR.
Qtde Papéis: 05 - Qtde folhas laudo: 01

TÉCNICA:

SAGITAL + CORONAL T1.
SAGITAL + CORONAL T2 SPAIR.
AXIAL DP SPIR.

RELATÓRIO:

- Presença de artefatos de movimentação pela incapacidade do paciente permanecer em repouso durante o exame, reduzindo a sensibilidade do método.
- Alteração na forma e no sinal em todos os segmentos do menisco medial, caracterizando-se ruptura.
- Alteração na forma e no sinal no corno anterior do menisco lateral, caracterizando-se ruptura radial. Nota-se ainda, ruptura vertical oblíqua no bordo livre do corno anterior do mesmo menisco.
- Heterogeneidade de sinal e indefinição de fibras proximais do ligamento cruzado anterior, sugerindo lesão parcial de alto grau/completa.
- Ligamento cruzado posterior acotovelado.
- Leve espessamento e heterogeneidade de sinal do ligamento colateral tibial.
- Ligamentos colateral fibular de morfologia, orientação e intensidade de sinal preservados. O mesmo se observa em relação ao ligamento patelar e ao tendão do quadríceps.
- Derrame articular de pequena monta.
- Afilamentos focais da cartilagem de revestimento do compartimento fêmoro-tibial medial.
- Demais cartilagens hialinas tem espessura e intensidade de sinal preservados.
- Extensa áreas de intensidade de sinal com padrão de edema ósseo nas cavidades medulares do compartimento fêmoro-tibial lateral, associando-se pequena área de lesão osteocondral, no aspecto pósterio-inferior do côndilo femoral. Achados de provável natureza contusional.
- Translação anterior da tibia.
- Distensão líquida da bursa poplíteia, sugerindo bursopatia.
- Sinais de edema nas partes moles do joelho, predominante em seu aspecto anterior.

DR. JORGE LUIS BEZERRA HOLANDA
RADIOLOGISTA
CRM: 9881

DM





LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
 03-02-1977 5685192 M
 23-04-2018 2014 78928
 COR T2 SPAIR SENSE
 TR 2484 Slice 40 Echo 1/1
 TE

CORONAL		RFV	107%	NSA 2
TSE/M	FOV	160/1.1	SENSE	
ScTime	2:39m	HHK	3:00/0.8	SENSE-Kn= 380/560
SPAIR				
AP	-17	ant	Angle RL	2
PL	-87	right	Angle RH	-5
HH	8	head		
WW 3005				
WL 1649				

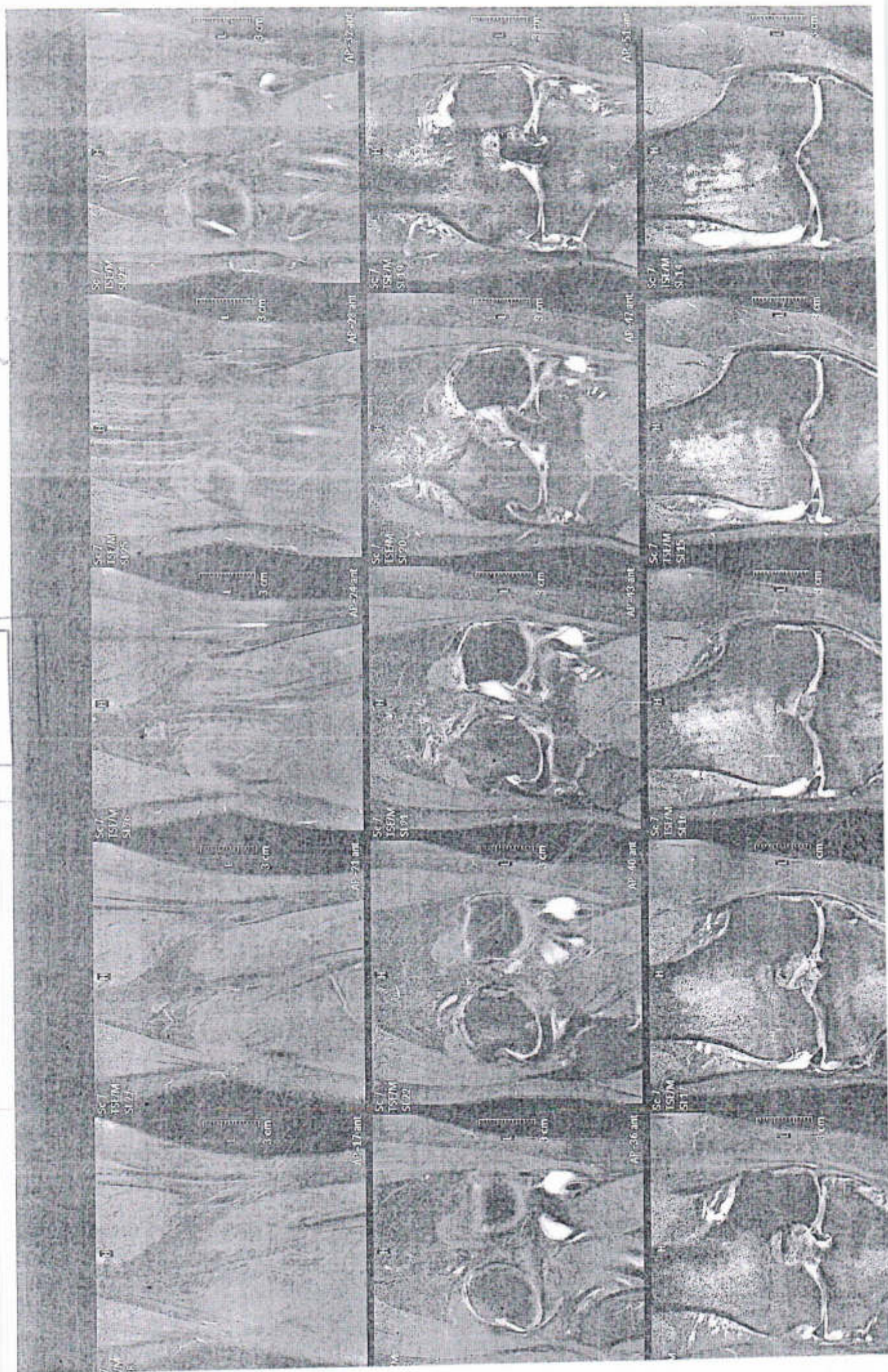
1673706 JOSE LACUNDO NETO
 Achieva 3.0T

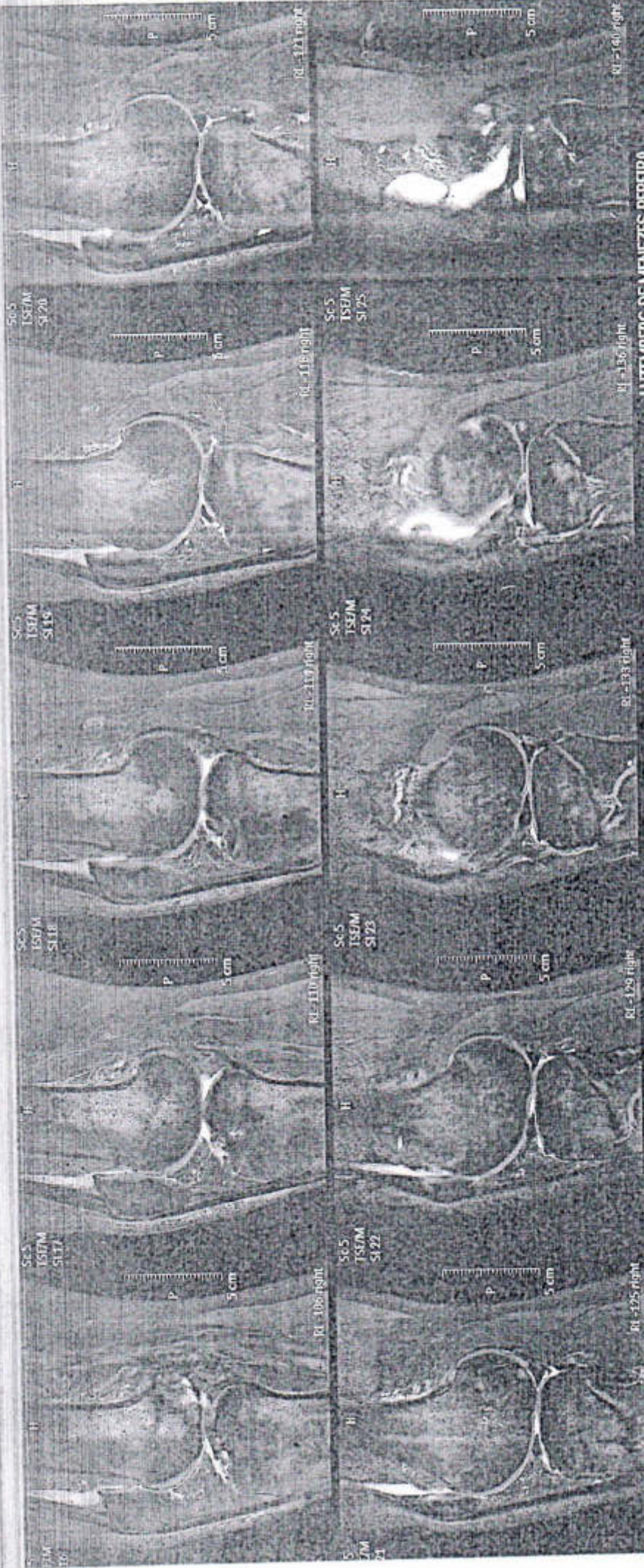


OMNIMAGEM

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

22 AGO 2019





LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA

03-02-1977 5685192

SAG T2 SPAIR SENSE

TR 2759 Slice 47 Echo 1

TE 1728 L1

NSA 2
SAG T2 SPAIR SENSE
ScTime 3:35m THK 170/1.1 SENSE 340/640

SPAIR
AP -69 ant Angle AP
RL -50 right
BH 12 head Angle BH

1673706 JOSE FACUNDO NEID UL 2444

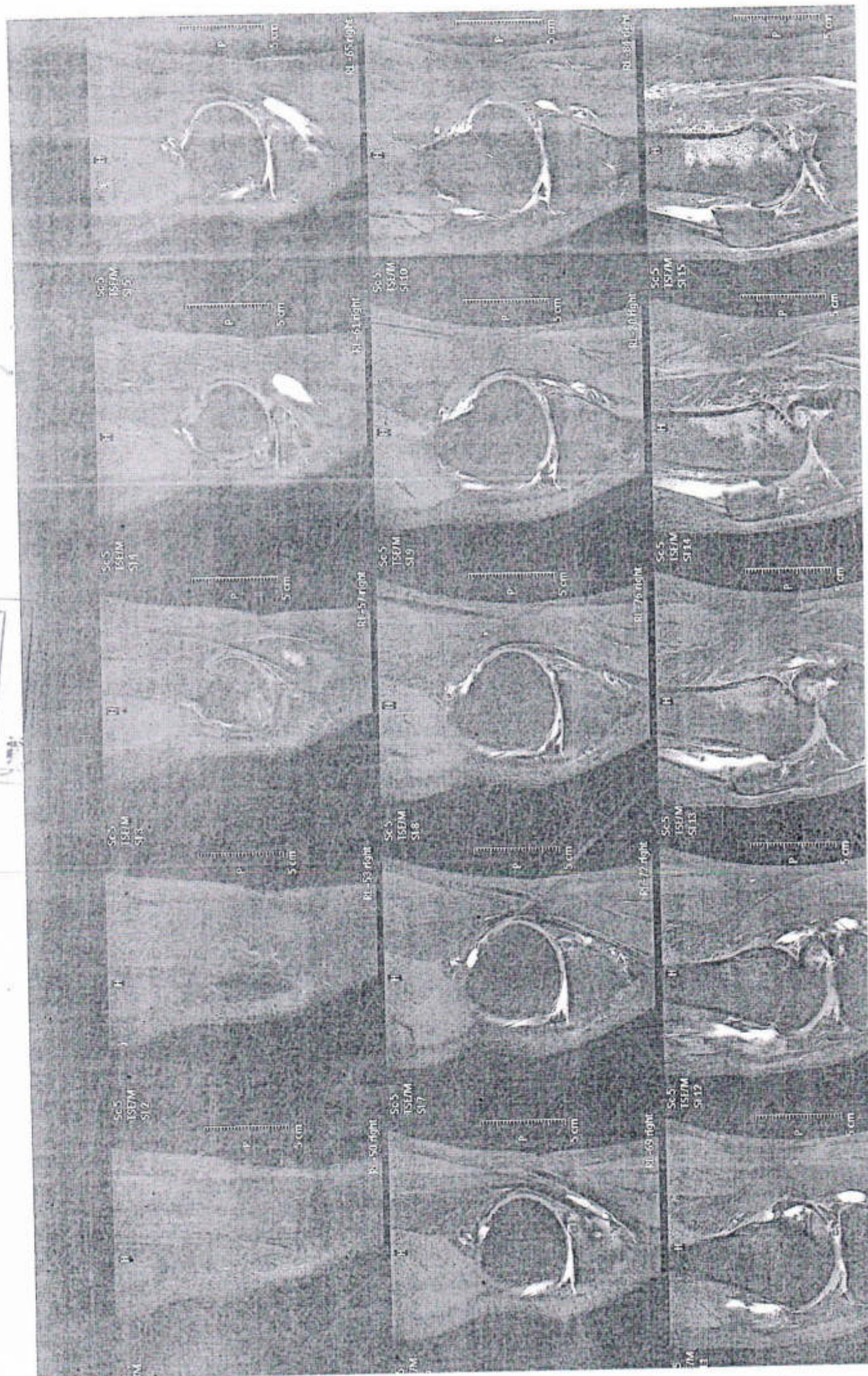
Achieva 3.0T

OMNIMAG



COMPREV SEGUROS
E PARTICIPACAO S/A.

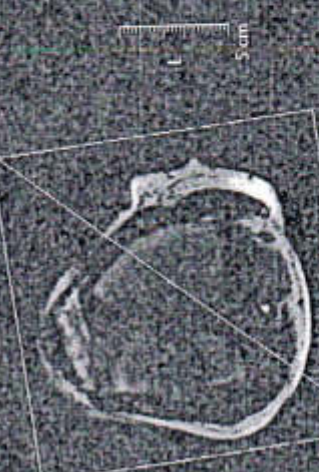
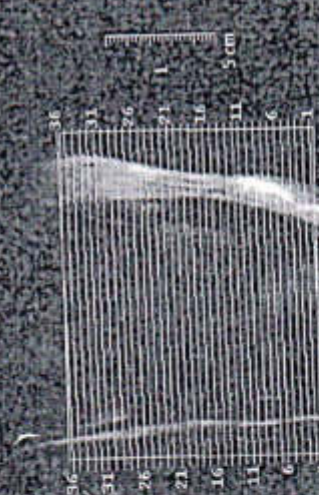
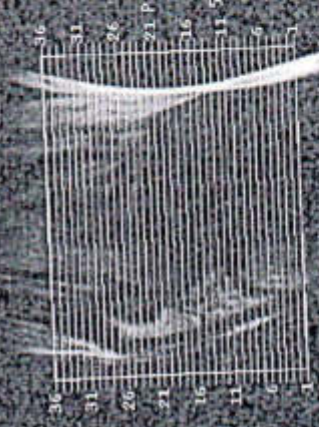
22 AGO 2013





LUTEBERG DE MENEZES PEREIRA
03-02-1977 5685192

M
23-04-2018 20:10
AXI DP SPIR* SRNSE
IR IE 2821 Slice 34 Echo 171



TRANSVERSE	FOV	100%	NSA 2
TSE/M	EDV	160/100	SRNSE
ScTime	THK	3.0/0.3	SRNSEKn 420/1024
AP	SPR	ant Angle AP	1
RL	61	right Angle RL	1
HL	-91	feet Angle HL	1
HL	-47		1

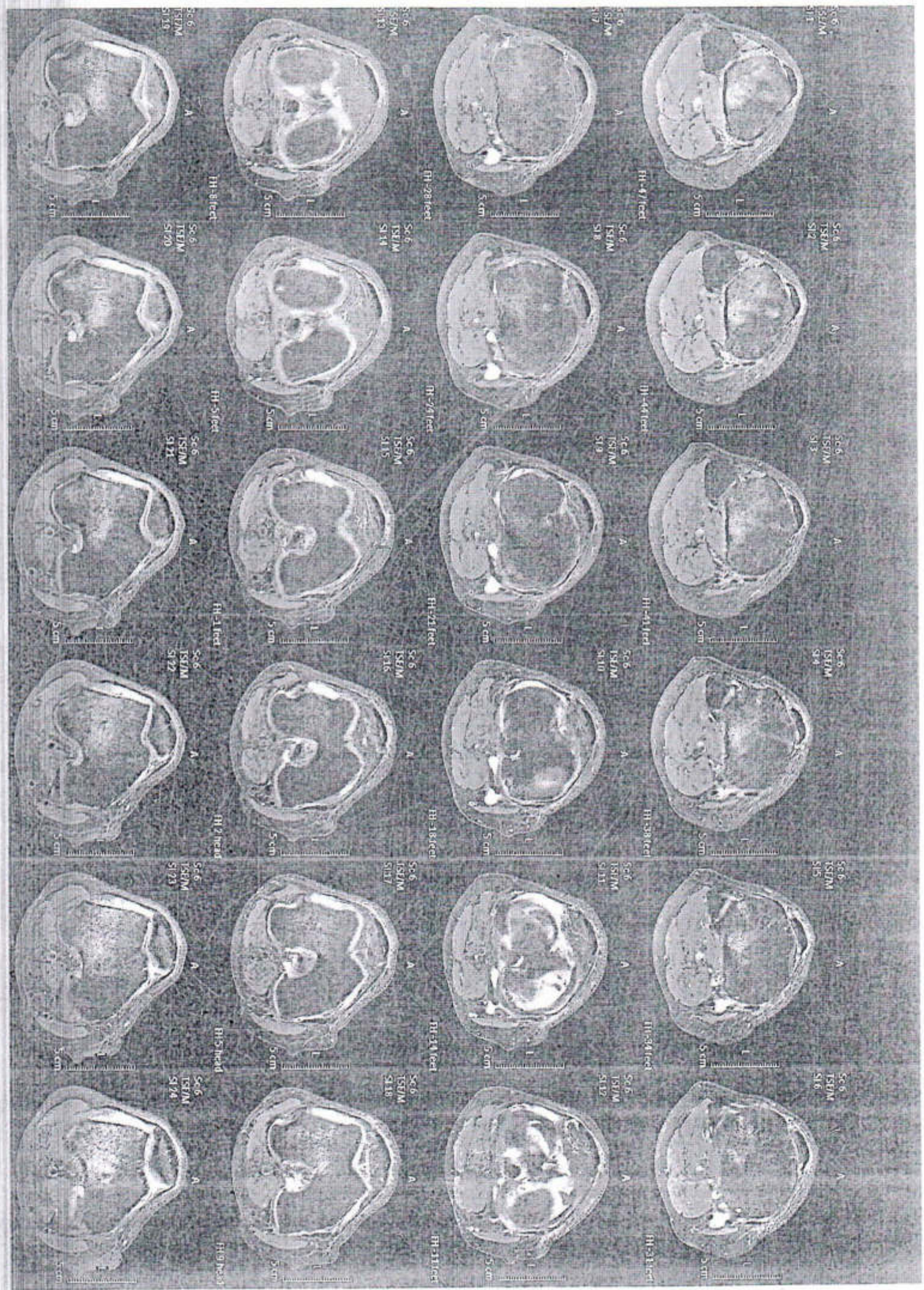
1673706 JOSE FACUNDO NEIO WL 1358
Achieva 3.0T

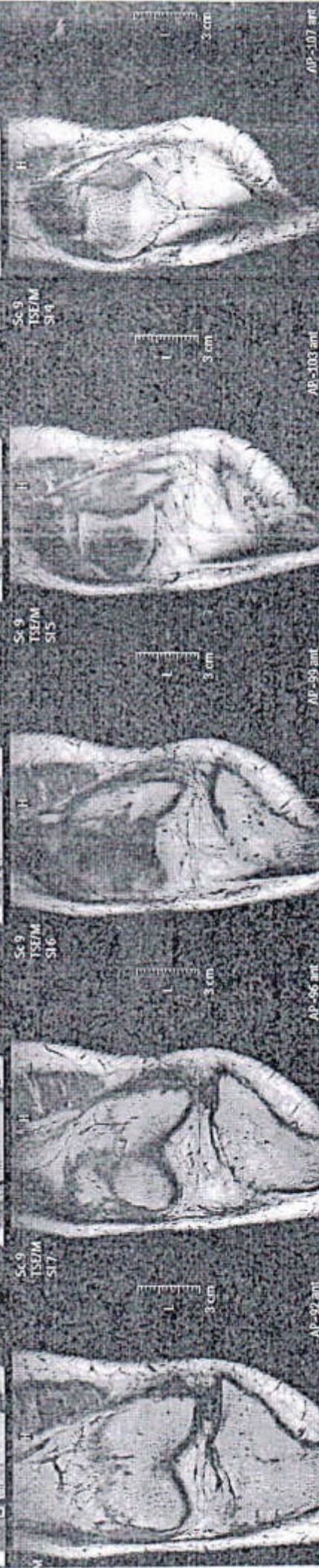
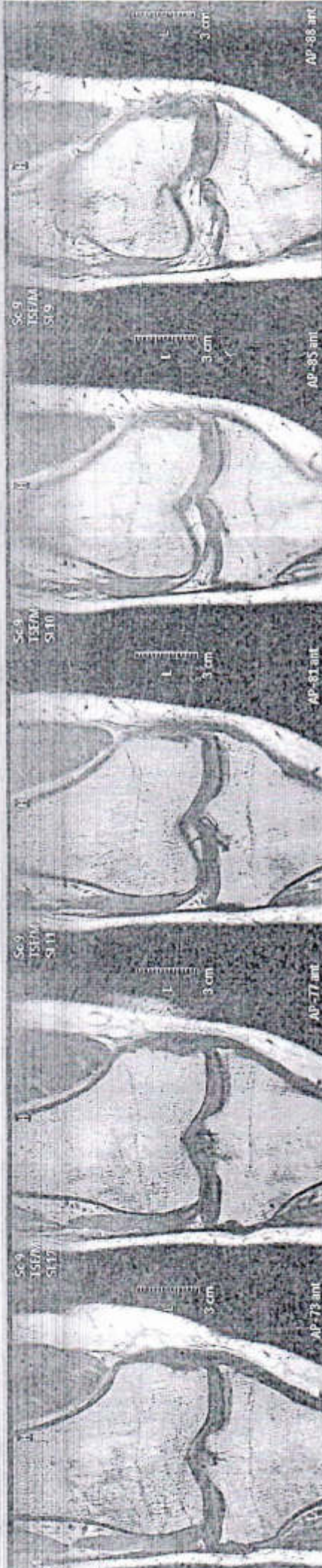


Re-108 right

AP-63 ant

FH 5 head





AP-86 ant
 AP-85 ant
 AP-84 ant
 AP-83 ant
 AP-82 ant
 AP-81 ant
 AP-77 ant
 AP-76 ant
 AP-75 ant
 AP-92 ant
 AP-93 ant
 AP-103 ant
 AP-107 ant

Sc 9
 TSE/M
 SI 9
 Sc 9
 TSE/M
 SI 9
 Sc 9
 TSE/M
 SI 10
 Sc 9
 TSE/M
 SI 11
 Sc 9
 TSE/M
 SI 12
 Sc 9
 TSE/M
 SI 13
 Sc 9
 TSE/M
 SI 14
 Sc 9
 TSE/M
 SI 15
 Sc 9
 TSE/M
 SI 16
 Sc 9
 TSE/M
 SI 17

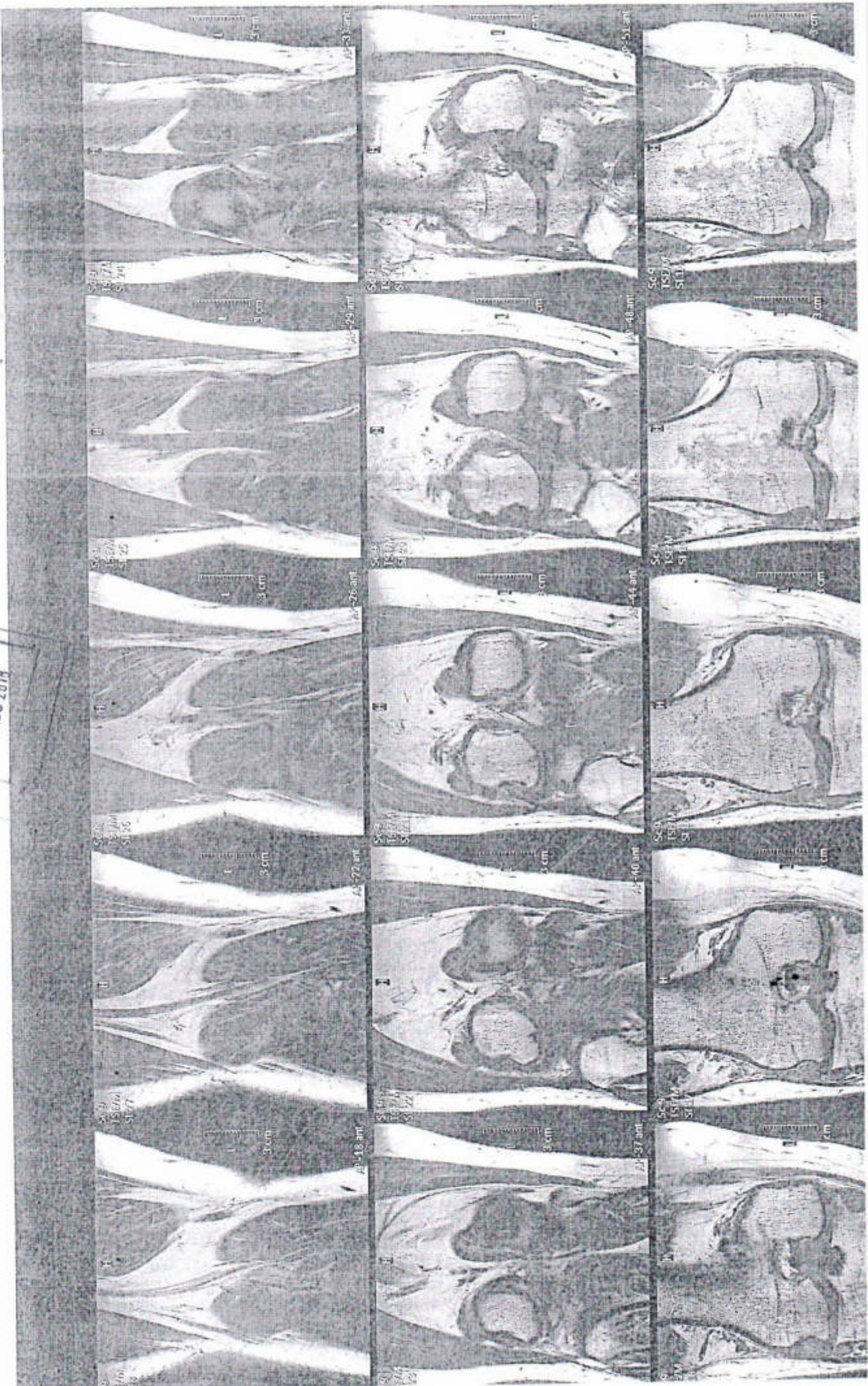
LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA
 03-02-1979
 COR T1 CLEAR
 23-04-2018 2019
 5685192
 M
 IR
 TE
 522 Slice
 8.0 Echo
 20/28
 1/1

CORONAL	RCOV	100%	NSA1
TSDM	FOV	160/11	CLEAR
Sclime	THK	3.2/0.5	SDNSE-Kn= 400/512

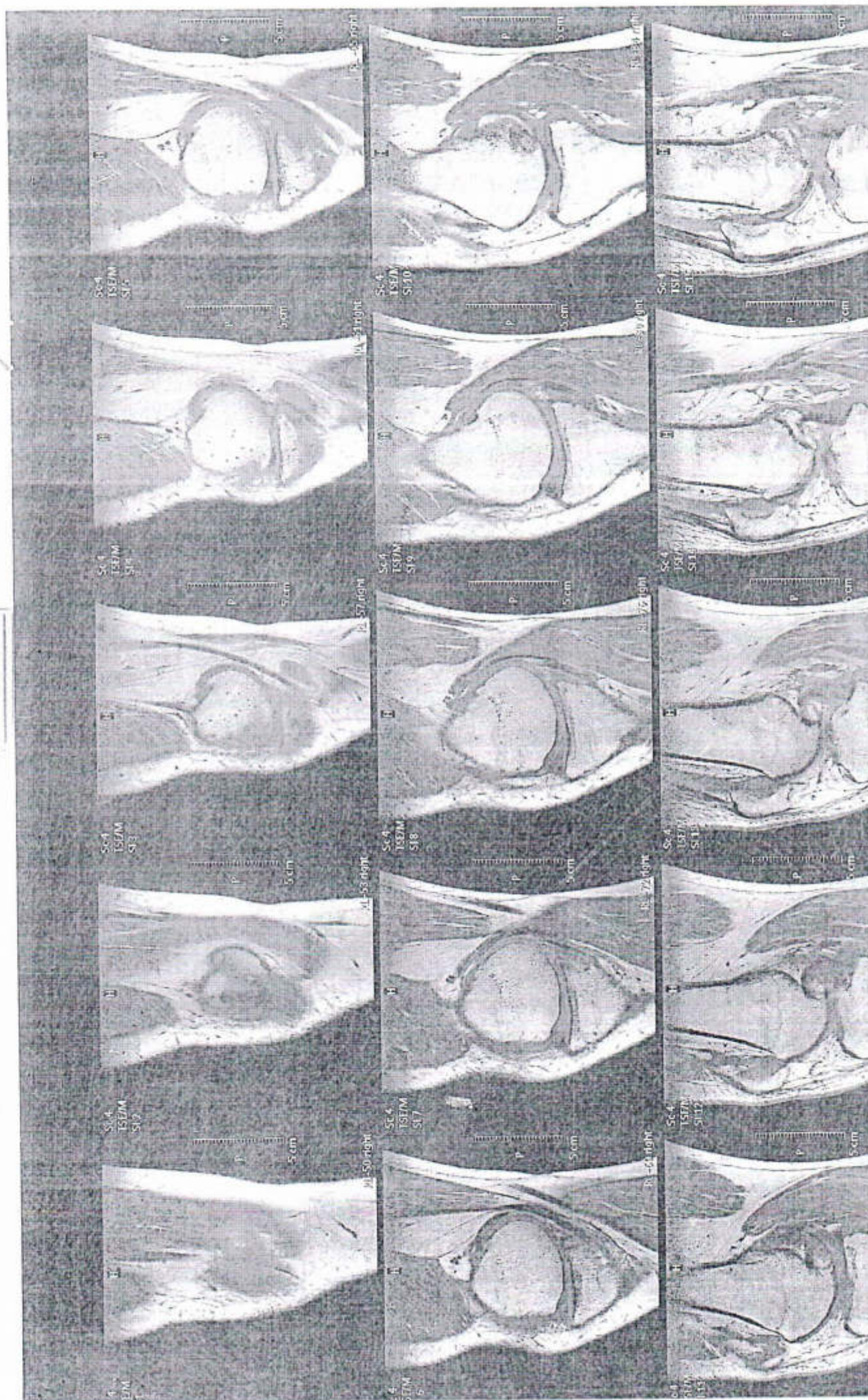
AP	-18	ant	2
RL	-87	right	Angle Rt
HL	8	head	Angle HL

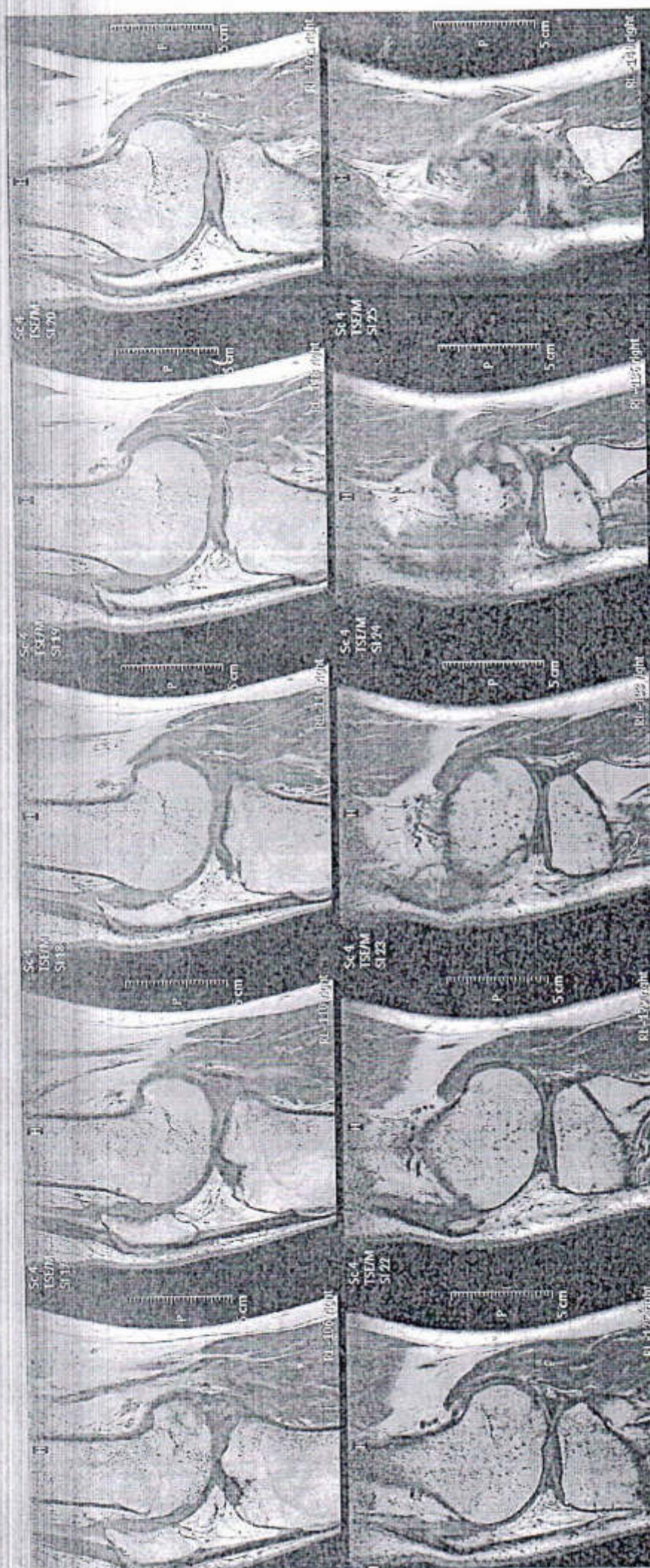
1673706
 Achiva 3.0T
 OSI FACUNDO NITO
 VAL1116
 OMNIMAGEM

COMPRESOS
EPO
SIA S.A.
22 AGO 2018



22 AGO 2018





LUTENBERG DE MENEZES PEREIRA

03-02-1977 5685192

23-04-2018 20:05

M

SAG T1 SENSE

IR 499 Slice

TE 8.0 Echo

1728

171

SAGITTAL	RCOV	100%	NSA 1
TSE/M	FOV	170/1.1	SENSE
ScTime	THK	3.00.8	SENSE-Kn=424/560

AP	-69	ant	Angle AP	-1
RL	-50	right	Angle RL	-7
FL	12	head	Angle FL	7

1673706

Achieva 3.0T

JOSE FACUNDO NETO WL 980

WJ1873

OMNIMAGEM





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1545165362



NOME
LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR UF
95024041323 SSP CE

CPF
623.711.003-82 DATA NASCIMENTO
03/02/1977

FUNÇÃO
LUIZ GONZAGA PEREIRA

TERESA PONTES DE MENEZES PEREIRA

PERMISSÃO ACC CATIVA

Nº REGISTRO 05625172169 VALIDEZ 18/09/2022 1ª EMISSÃO 23/10/2012

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545165362

Lutemberg de Menezes Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PORTALEZA, CE

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

DATA EMISSÃO
24/10/2017

60569005757
CE161441351



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a expedição por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: _____

LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 03/03/97

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

Nº da Inscrição: 623711003-82

Data de Nascimento: 03/02/77



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA GERAL DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL



Polegar Direito



Lutemberg de Menezes Pereira

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
MATERIA 95024041223

DATA DE
EXPIRAÇÃO 19/08/2012

NOME
LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

PAIS
LUIZ GONZAGA PEREIRA

TERCELA PONTES DE MENEZES PEREIRA

TERCELA PONTES DE MENEZES PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO
03/02/1977

DOC. EXISTENTE
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARNAGUÁ, TERMO: 24.576 FOLHA: 485
LIVRO: A/21 FORTALEZA - CE

3 VIA

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

P.: 13

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 08 AGO 2018

Nome: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1545165362



NOME
LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR UF
95024041323 SSP CE

CPF
623.711.003-82 DATA NASCIMENTO
03/02/1977

FUNÇÃO
LUIZ GONZAGA PEREIRA

TERESA PONTES DE MENEZES PEREIRA

PERMISSÃO ACC CATIVA

Nº REGISTRO 05625172169 VALIDEZ 18/09/2022 1ª EMISSÃO 23/10/2012

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545165362

Lutemberg de Menezes Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PORTALEZA, CE

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

DATA EMISSÃO
24/10/2017

60569005757
CE161441351



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a expedição por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 03/03/97

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

Nº da Inscrição
623711003-82

Data de Nascimento
03/02/77



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA GERAL DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL



Polegar Direito



Lutemberg de Menezes Pereira

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
MATERIA 95024041223

DATA DE
Emissão 19/08/2012

NOME
LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

PAIS
LUIZ GONZAGA PEREIRA

TERCELA PONTES DE MENEZES PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO
03/02/1977

BOC. EMISSÃO
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA, TERMO: 24.576 FOLHA: 485

LIVRO: A/21 FORTALEZA - CE

3 VIA

Assinatura do Diretor

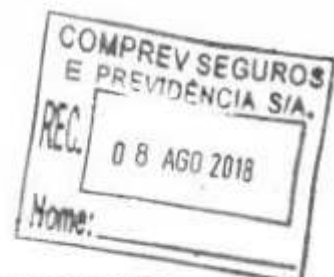
LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

P.: 13

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 08 AGO 2018

Nome: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012257664363

VIA CÓD. RENAVAM 01 00488564620 00000000000 2015

EXERCÍCIO 2015

TEREZA PONTES MENEZES PEREIRA
MARACANAÚ / CE

CPF / CNPJ 06992927353 PLACA GHY9248/CE

CHASSI 9C2KRD0550CR307980

PLACA ANT. / U. / CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAU APLIC. COMESTIVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRDS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAR / POT / CL 2P/OEV/149CC CATEGORIA PARTIC GOB. PRETENDENTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ANO 2º ANO 3º ANO

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04

IDF (R\$) 14,34

PREMIO TOTAL (R\$) 143,38

DATA DE PAGAMENTO 17/09/2015

LOCAL RACANAU

Suplente Igor Pontes

DETRAN - CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012257664363 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 06992927353 EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 17/09/2015

PLACA GHY9248

RENAVAM 00488564620 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRDS ES

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 09

CHASSI 9C2KRD0550CR307980

PREMIO TARIFARIO

TNS (R\$) 129,04

IDF (R\$) 14,34

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

DATA DE PAGAMENTO 17/09/2015

DATA DE QUILÔMETRO 16/09/2015

COPIA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPU 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: K205ESC307980

00891

012257664363
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____

ASSINATURA _____

00891

GHY9248

00488564620

58330 00762

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180365885 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

O.M.: 05.0.01.210

Agencia/Unidade Avancada de Atendimento da Previdencia Social:APS MARACANAU

MARACANAU, 2 de Marco de 2018.

COMPROVANTE DE CADASTRAMENTO DE PROCURADOR

Ilmo(a). Sr(a). LUCELDA CRISTINA PONTES PEREIRA

Endereço.: K CJ VILA BURITI 208

Bairro...: NOVO ORIENTE

C.E.P....: 61.919-410

Município: MARACANAU U.F.: CE

Comunicamos que, foi efetuado o seu cadastramento, como Procurador(a) do(a) Beneficiário(a) TEREZA PONTES MENEZES PEREIRA para recebimento d Beneficio(s) abaixo relacionado(s):

ESPECIE	NUMERO DO BENEFICIO	ORGAO PAGADOR	DATA DE VALIDADE
21	110.177.583-9	251365	02/03/2019
41	140.929.266-2	546378	02/03/2019

Retornar para revalidação, até 30 dias antes da(s) Data(s) de Validade do(s) Beneficio(s).

AOS BANCOS: Este comprovante de cadastramento não tem valor para recebimento junto aos bancos conveniados.

Atenciosamente,

FRANCISCO JOSE SALES RIPARDO
2355496



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289687/18
Vítima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
CPF: 623.711.003-82

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/01/2018
Titular do CPF: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALY RAJAI FERNANDES MOTA : 863.433.603-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA : 623.711.003-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2018
Nome: ALY RAJAI FERNANDES MOTA
CPF/CNPJ: 863.433.603-44

ALY RAJAI FERNANDES MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289687/18
Vítima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA
CPF: 623.711.003-82
Data do Acidente: 21/01/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2018
Nome: ALY RAJAI FERNANDES MOTA
CPF: 863.433.603-44

ALY RAJAI FERNANDES MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2018
Nome: JESSICA GLENDA NOGUEIRA ROSENO
CPF: 051.537.153-02

JESSICA GLENDA NOGUEIRA ROSENO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180365885 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUTEMBERG DE MENEZES PEREIRA **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO COMPLEXA DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Lutemberg De Menezes Pereira
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: Casado
Identidade: 95024041323
CPF: 623777003-82
Profissão: Pedreiro
Endereço: RUA 18, Nº 231, Santo SÁTIRO
CEP: _____
Telefone: (85) 985659742

OUTORGADO:

Nome: Aly Rassi Fernandes Neto
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 97002332350
CPF: 863433603-44
Profissão: ALTO LANCEIRO
Endereço: RUA 155B CASA 145
CEP: 61920-640
Telefone: (85) 986992854

Peio presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Lutemberg De Menezes Pereira

06 AGO. 2018

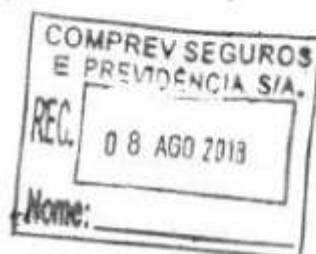
Local e data

Lutemberg De Menezes Pereira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO
ALBUQUERQUE



CARTÓRIO ALBUQUERQUE
1º OFÍCIO DE NOTAS
FONES: (85) 3347.2009 - 3257.1100
CEP: 60040-000 - 0711, 04 - MARIÁPOLIS

