

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LINHARES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180133097
Vitima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA
Data do Acidente: 20/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180133097**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi 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



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133097

Vitima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180133097**.

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 12567751



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133097
Vitima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA
Data do Acidente: 20/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180133097**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13394445



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267754 Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **FRANCISCO LINHARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **237**

Agência: **000000997-0**

Conta: **0000022140-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSEP 449/12

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Obrigatória Representante Legal para:

Floriano Bantanas da Silva
 30. 08m 30cm
 zona rural
 bairro
 Lavreiros do Brasil com. In

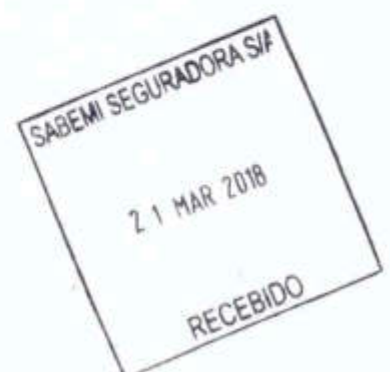
394 44-318-05 Agaveator
SIN Rosa
Lina 63100-000
(88) 99231-3856

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

Protinus OK 23 August 2011

+ Francisco Linhares da Silva





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 394.244.318-05 Nome completo da vítima: Francisco Linhares da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Linhares da Silva CPF: 394.244.318-05
Profissão: Procurador Endereço: Rua Dom Rosário Número: 510 Complemento: _____
Bairro: Zona rural Cidade: Botucatu Estado: CE CEP: 63700-000
E-mail: francisco.linhares@uol.com.br Tel. (DDD): (85) 99497-9386

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Paraná

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0997 CONTA: 22140
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
do abastecido

Local e Data: Botucatu - CE de 02.02.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Linhares da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190267754
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Linhares da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Bom Rosario, S/N
Zona Rural Crateus CE CEP: 63700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 506788854
Data local do acidente: [20/08/2017]
Data local do exame: [06/06/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIANO; FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: RAFIA DE LESÃO FRONTAL. REALIZADA REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 16/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO E DEFORMIDADE ESTRUTURAL
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL E ANATÔMICA GRAVE DO 4º DEDO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE E PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></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):
4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 401 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **31/01/2018 14:10:57**
Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE DE ÁGUA**
Complemento:
Bairro: Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Notificante(s)

Nome: **FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA**
Nascimento: **13/10/1978** CPF: **800.083.993-87** UF: **CE**
RG: **20072392376** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA**
Endereço: **SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99205-3165**

Histórico

ADENDO AO B.O. 445-3369/2017
O notificante pede a seguinte aditamento ao Boletim de Ocorrência supra:
Que a moto pilotada pela vítima **JAMILSON ARAPUJO ALVES** por ocasião do acidente ali referenciado é a **MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA OSU3712/CE, REGISTRADA NO NOME DE FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA (NOTIFICANTE)** e que a moto pilota pilotada por **FRANCISCO LINHARES DA SILVA** é a **HONDA/XRE 190, PLACA PNX9331/CE, REGISTRADA NO NOME DE FRANCISCO ERIVELTON VIEIRA SOARES; E nada mais a registrar.**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PAULO MARTINS LOPES - MAT.: 151919-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Aparecido Portela de Almeida

VISTO DO DELEGADO(A):

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



relatado, para os devidos efeitos, a present-
cópia reprográfica do documento que me fo
apresentado em Cartório pela parte interessada
Doutor
CRATEUS 06.FEV.2018
Esp Test. da Verdade

Bel. Silvana Barreto Cavalcante - Oficialia
Fátima Barreto Cavalcante-Substituto
Cartório de Registro de Imóveis

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Valença Condado B. Pimentel
Escrivente Autorizada
SEGURADORA SIA
11 MAR 2018
Pág 1 de 1
Impresso em 31/01/2018 14:10:20
RECEBIDO

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3369 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 16:45:41**
Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA PRÓXIMA A LOCALIDADE ÁGUA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA**
Nascimento: **13/10/1978** CPF: **800.083.993-87**
RG: **20072392376** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA**
Endereço: **SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99205-3165**

Histórico

Relata o noticiante que na data e hora acima especificado, estava em casa dormindo quando acordou com sua esposa aflita dizendo que o enteado do noticiante, JAMILSON ARAÚJO ALVES, 15 anos, havia pego a sua moto, uma NXR150 BROS ES, placa OSU3712, e em uma curva colidiu com outro motoqueiro; Que logo foi até o local do acidente, e lá estavam o enteado, um senhor de nome FRANCISCO CASIMIRO ALVES DE SOUSA como garupeiro e FRANCISCO LINHARES DA SILVA, condutor da outra moto; Que ligou para o Corpo de Bombeiros, este foi socorrer as três vítimas e os levaram até o hospital São Lucas, onde necessitou transferi-los para a cidade de Sobral-CE para realizar procedimentos médicos; Que procurou esta DRPC para informar que não permitiu que o enteado pilotasse a sua moto, já que estava dormindo; Que no dia do acidente estavam em sua casa, a sua a esposa MARIA HELENA ARAUJO PERES e FRANCISCO ERIVELTON ARAUJO que sabem que não houve o consentimento para que o JAMILSON ARAÚJO ALVES pegasse sua moto. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

maíra sidartha da silva
MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Aparecido Portela de Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

ana paula alves scotti
ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 30081-4

Fabio S. Pessoa
Fabio S. Pessoa
Delegado de Polícia
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Mat 300.993-1-5





BOLETIM DE Ocorrência N° 445 - 3369 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 16:45:41**
Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA PRÓXIMA A LOCALIDADE ÁGUA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA**
Nascimento: **13/10/1978** CPF: **800.083.993-87**
RG: **20072392376** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA**
Endereço: **SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99205-3165**

Histórico

Relata o noticiante que na data e hora acima especificado, estava em casa dormindo quando acordou com sua esposa aflita dizendo que o enteado do noticiante, JAMILSON ARAÚJO ALVES, 15 anos, havia pego a sua moto, uma NXR150 BROS ES, placa OSU3712, e em uma curva colidiu com outro motoqueiro; Que logo foi até o local do acidente, e lá estavam o enteado, um senhor de nome FRANCISCO CASIMIRO ALVES DE SOUSA como garupeiro e FRANCISCO LINHARES DA SILVA, condutor da outra moto; Que ligou para o Corpo de Bombeiros, este foi socorrer as três vítimas e os levaram até o hospital São Lucas, onde necessitou transferi-los para a cidade de Sobral-CE para realizar procedimentos médicos; Que procurou esta DRPC para informar que não permitiu que o enteado pilotasse a sua moto, já que estava dormindo; Que no dia do acidente estavam em sua casa, a sua a esposa MARIA HELENA ARAUJO PERES e FRANCISCO ERIVELTON ARAUJO que sabem que não houve o consentimento para que o JAMILSON ARAÚJO ALVES pegasse sua moto. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Máira Sidartha da Silva
MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Aparecido Portela de Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) : ANA PAULA ALVES SCOTTI
ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

Fabio S. Pessoa
Delegado de Polícia
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS - MAT. 300.993-1-5



Autentico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Em Teu de Verdade.
CRATEUS - CE
05 FEV 2018



Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/08/2017 17:08:53

Cartório Cavalcante
Ofício Registro de Imóveis
ANTONIO IVAN SABOIA LOPES
Escrevente Autorizado



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 560 - 401 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **31/01/2018 14:10:57**
Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA LOCALIDADE DE ÁGUA**
Complemento:
Bairro: Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA**
Nascimento: **13/10/1978** CPF: **800.083.993-87**
RG: **20072392376** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA PORTELA DE ALMEIDA**
Endereço: **SITIO LOCALIDADE ÁGUA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99205-3165**

Histórico

ADENTO AO B.O. 445-3369/2017
O noticiante pede o seguinte aditamento ao Boletim de Ocorrência supra:
Que a moto pilotada pela vítima JAMILSON ARAPUJO ALVES por ocasião do acidente ali referenciado é a MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA OSU3712/CE, REGISTRADA NO NOME DE FRANCISCO APARECIDO PORTELA DE ALMEIDA (NOTICIANTE) e que a moto piloto pilotada por FRANCISCO LINHARES DA SILVA é A HONDA/XRE 190, PLACA PNX9331/CE, REGISTRADA NO NOME DE FRANCISCO ERIVELTON VIEIRA SOARES; E nada mais a registrar.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PAULO MARTINS LOPES - MAT.: 151919-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

VISTO DO DELEGADO(A):

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

Para obter o formulário, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 032 1204 ou 0800 0321206 (atendimento para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É obrigatório 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 Legal assina 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 interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Assinatura da Vítima:

Francisco Vinhas da Silva

CNPJ da Vítima:

394 244 318-05

Data do Acidente:

20.08.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CNPJ do Representante Legal:

Telefone (R-1):

Conferindo o preenchimento, eu, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.961/70), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento no 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 após meu pedido;

Com o intuito de garantir o faturamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada pelo acidente com o veículo automotor de via terrestre, informo que esta declaração permite o prosseguimento da análise e emissão documental de indenização pelo IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica de custas da perícia médica do IML para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 1.961/70;

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa arrependimento com a futura avaliação médica e não implica arrependimento de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

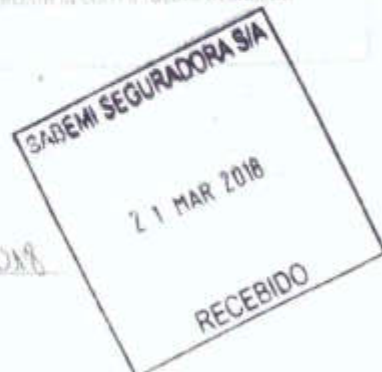
Protocolo nº 23 de 20/08/2017

Assinatura:

Francisco Vinhas da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 394.244.318-05 Nome completo da vítima: Francisco Linhares da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Linhares da Silva CPF: 394.244.318-05
Profissão: Procurador Endereço: Rua Dom Rosário Número: 510 Complemento: _____
Bairro: Zona rural Cidade: Botuporã Estado: CE CEP: 62700-000
E-mail: francisco.linhares@uol.com.br Tel. (DDD): (88) 99497-9386

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0997 CONTA: 22140
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
do abastecido

Local e Data: Botuporã - CE 26.03.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Linhares da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 3511



ESTAÇÃO: CRATEUS DATA: 2008-11-17 Nº DA ASS: 3511
NOME: FRANCISCO LUIZ DA SILVA
IDADE: 24 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁGUA BRANCA
BAIRRO: ZONA RURAL

HORA DA OCORRÊNCIA: 15:15
CHEGADA AO LOCAL: 15:25
SAÍDA DO LOCAL: 15:45
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:30

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: COLISÃO ENTRE MOTOS

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO () PÁLIDO () CONGESTO () NORMAL (X)	QUENTE (X) FRIA () NORMAL () SECA () ÚMIDA () NORMAL ()	SUPERFICIAL () DIFÍCIL () NORMAL (X) AUSENTE ()
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE () FRACO () REGULAR (X) IRREGULAR () AUSENTE ()	NORMAL () RETARDADO (X) AUSENTE ()	AUSENTE () MÍNIMO () MODERADO (X) INTENSO ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA () RESPONDE A COMANDO () RESPONDE A DOR () SEM RESPOSTA (X)	NORMAL () CONFUSA () ININTELIGÍVEL () NENHUMA ()	REAGENTE () SEM REACAO (X) CRATEUS, 05 OUT 2017

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS:

CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL CRANIANA / LACERAÇÃO NA PALMA DA MÃO ESQUERDA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | () IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV: |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL:

- () PRANCHA LONGA
() PRANCHA CURTA
(X) COLAR CERVICAL
() OUTRO

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
(X) NO TRANSPORTE

CB. COSTA / SD. EDILSON

SOCORRISTAS

SD. GEORGE LUCAS



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO

Nº 3511



ESTAÇÃO: CRATEUS DATA: 2008-11-17 Nº DA ASS.:
NOME: FRANCISCO LUIZ DA SILVA
IDADE: 34 SEXO: F () M (X)
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ÁGUA BRANCA
BAIRRO: ZONA RURAL

HORA DA OCORRÊNCIA: 15:15
CHEGADA AO LOCAL: 15:25
SAÍDA DO LOCAL: 15:45
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:30

TIPO DE OCORRÊNCIA:

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO
02. () AGRESSÃO
03. () DESABAMENTO
04. () INTOXICAÇÃO

05. () AFOGAMENTO
06. () QUEIMADURA
07. () CHOQUE ELÉTRICO
08. () QUEDA

09. () MAL SÚBITO
10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
11. () JÁ REMOVIDO
12. () FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO:

COLISÃO ENTRE MOTOS

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	RESPIRAÇÃO
CIANÓTICO () PÁLIDO () CONGESTO () NORMAL (X)	QUENTE (X) FRIA () NORMAL () SECA () ÚMIDA () NORMAL ()	SUPERFICIAL () DIFÍCIL () NORMAL (X) AUSENTE ()
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO
FORTE () FRACO () REGULAR (X) IRREGULAR () AUSENTE ()	NORMAL () RETARDADO (X) AUSENTE ()	AUSENTE () MÍNIMO () MODERADO (X) INTENSO ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA	PUPILAS
ALERTA () RESPONDE A COMANDO () RESPONDE A DOR () SEM RESPOSTA (X)	NORMAL () CONFUSA () ININTELIGÍVEL () NENHUMA ()	

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS:

SUSPEITA DE TCE / FERIMENTO
CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL CRANIANA / LACERAÇÃO NA
OBSERVAÇÕES: PALMA DA MÃO ESQUERDA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO () CURATIVOS
() OXIGÊNIO () BANDAGENS
() ASSIST. VENTILATÓRIO () IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS
() RCP () FÉRULA DE TRAÇÃO
() ASSIST. OBSTÉTRICA () LÍQUIDO EV:

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
(X) INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

- () PRANCHA LONGA
() PRANCHA CURTA
(X) COLAR CERVICAL
() OUTRO

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE

CB. COSTA / SD. EDILSON

SOCORRISTAS

SD. GEORGE LUCAS

CARTÓRIO MARTINS
Trib. Edmar Albuquerque Bastimento
Substituto Legal - Cratêus - Ceará



Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou
falta de REAGENTE
SEM REAG. 16
Cratêus, 05 OUT 2017

2ª Tabelão Pública

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.012,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000022140-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1306201905000000000023700997000000022140101250 PAGO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **511297100**

Companhia Energetica do Ceará

Rua Paulo Vasconcelos, 140 | CEP 60135-030 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.647.251/0001-70 | C.E.F. 06.105.646-3

Atividade: Serviço de Energia Elétrica
Inscrição Estadual: 10.435.146
20.09.2013-2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

FEV/2018

utilize o e-mail abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
3190246 4

VENCIMENTO
08/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo Faixa 0-30 kWh

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
DOB. SALDO FATURA ANTERIOR

Rota 22 038006 01 055000

Nome LUIZA LINHARES COSTA

Endereço Postal

Medidor

2128892

Posto

0000.0

End. da Unidade Consumidora PV BOM ROSARIO 00000 BOM ROSARIO CRATEUS 63700000

RG - CPF / CNPJ 286.100.913-68

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Consumo (kWh) Consumo Ind. Consumo Faturado

FP 5773 5773 1 0 0 30

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

30 0,34474 10,34

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

01/02/2018

02/03/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

65E7.71A9.5302.8330.F8F8.E64B.30C7.780F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor de Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 4,94
TRANSMISSÃO 0,49
DISTRIBUIÇÃO 3,36
ENCARGOS SETORIAIS 1,16
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 0,39

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,73

Consumo CRATEUS

Mês: DEZ/ 2017

	Padrão Individual			Aprovação Individual	
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.
DIQ (h)	10,87	21,74	43,49	0,00	7,73
FIC (h)	7,52	15,04	30,09	0,00	2,00
DMIC (h)	5,88			0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo médio mensal pelo consumo de energia elétrica
Emissões kg CO₂ Consumo kg CO₂ Conversão Equivalente (NCO₂)



Assinatura do cliente

N° do Cliente: 3190246-4 N° da Nota Fiscal: 511297100 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 26/02/2018 Referência: FEV/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nº DO CLIENTE

8003311-3

Para utilizar nos atendimentos, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Na cidade para Lei nº 10.430

de 28 de abril de 2003

Companhia Energética de Goiás

Rua Padre Vitorino, 181

CEP 02120-040 | Goiânia - GO

CNPJ 07.047.251/0001-92 | CGF 04.108.040-3

enel

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

511580883

Rota 02 38000 03 013500 - 1

Data de Emissão 02/02/2018

Nome EVALDO GOMES VIEIRA

End. Postal RU SGT HERNINIO 01723 CS ALTOS
CENTRO - CRATEUS - 63700000

Medidor 6791465

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICA Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 115516583-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 02/02/2018
Data da Apresentação 05/03/2018
Próxima Letura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vejá o Índice de Qualidade do Fator de Potência

Consumo 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

Mês 02/2018

ICMS

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

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

61,62 20,00% 12,32

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

02/02/2018 02/02/2018 05/03/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Linhares da Silva

RG nº 50.678.885-4, data de expedição 02/07/09,

Órgão SSP-CE, CPF nº 394.244.318-05,

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>Rio. Rom. Rondonio</u>
Número	<u>514</u>
Apto/Complemento	<u>laca</u>
Bairro	<u>zona rural</u>
Cidade	<u>Patativa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63200-000</u>
Tel. de contato	<u>(88) 9944 97.9386</u>
E-mail	<u>karimelina1607@upha.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Patativa-CE 26.03.2019

X FRANCISCO LINHARES DA SILVA
Assinatura do Declarante



Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
3190246 **4**

VENCIMENTO
09/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo faixa 0-30 Kwh

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
MULTA MORATORIA
CDB. SALDO FATURA ANTERIOR

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **564184574**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 22 038006 01 055000
Nome LUIZA LINHARES COSTA
Endereço Postal

Medidor 2128892
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora PV BOM ROSARIO 00000 BOM ROSARIO CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 286.100.913-68

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 5783 Leitura Anterior 5774 Constante 1 Consumo (kWh) 9 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 30

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

30 0,35702 10,71

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

02/04/2019

Prev. Próxima
Leitura

02/04/2019

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E435.6665.1F2A.60AF.3E99.1028.9AE1.520B

ICMS

Base de Cálculo (R\$)
ISENTO

Aliquota

Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 5,67
TRANSMISSÃO 0,60
DISTRIBUIÇÃO 3,22
ENCARGOS SETORIAIS 0,86
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 0,36

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

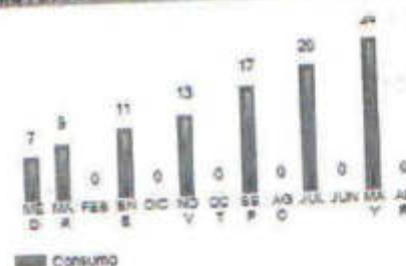
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 5,03

Conjunto CRATEUS

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trím. Anual	Mensal	Trím. Anual
DIC (h)	10,73	21,46 42,92	0,00	0,00 0,00
FIC (un)	7,52	15,04 30,09	0,00	0,00 0,00
DMIC (h)	5,78		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NOME DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame as vizinhas e amigas e ajude na cobrança da sua conta de energia elétrica

EXIBIR PARA RECIBO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:
Data de Emissão:

3190246-4
26/03/2019

Nº da Nota Fiscal: **564184574**
Referência: **MAR/2019**

Total a Pagar (R\$): **0,00**
Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

SABEMI - REC. EM 09 ABR 2019



9 780000 000000

Para mais informações, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0271304 ou 0800 321206) ou para o 158 em caso de emergência.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=18-CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras, ao contratadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter dados 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 da Seguradora LIDER, contudo por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

Para maiores informações consulte o COAF e/ou o COAF em seu site www.coaf.gov.br ou através do e-mail coaf@coaf.gov.br ou pelo telefone 0800 0271304.

O COAF é o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) - órgão do Ministério da Justiça - responsável por analisar e decidir sobre as práticas comerciais que possam configurar abuso de poder econômico ou práticas anticompetitivas.

Nome do(s) Segurado(s) Karlene Vieira Lopes inscrito(a) no CPF nº 030.541.693 / 96
 Nome do(s) Procurador(es) / Intermediário(a) do Beneficiário Francisco Lino da Silva inscrito(a) no CPF nº 394.244.318 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Francisco Lino da Silva inscrito(a) no CPF sob o nº 394.244.318 / 05 conforme mencionado na Circular Susep 445/12

Qual(is) Profissão(s) _____ Renda: _____ e apresenta os documentos comprobatórios

☒ **Declaro que:**

1. O(s) Segurado(s) e/ou a vítima da(s) e/ou o(s) bens de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo assinado e engar no comprovante de residência do endereço informado.

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

Ass. Sargento Benício
 Lino
 Karlene Vieira Lopes com L.

Ass. Francisco Lino da Silva
 1723
 CE 63100-000
 (89) 99231-3856

Ass. Francisco Lino da Silva
 Lino da Silva
 1723
 CE 63100-000
 (89) 99231-3856

Ass. Karlene Vieira Lopes
 Karlene Vieira Lopes



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Enivaldo Vieira Soares

RG nº 300909024633, data de expedição 15/10/08

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 603.494.543-25

com domicílio na cidade de Crato, no Estado de

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

Rua Apociana de Sousa, Alt. São Antonio dos Anjos, nº 510

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

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

Francisco Humberto da Silva, cujo o condutor era

Francisco Humberto da Silva

Veículo: Moto Modelo: Honda NX R 190 Ano: 2016

Placa: PMA 9331 Chassi: 9C2M0410092003062

Data do Acidente: 20/09/17

Local e Data: Crato - CE 27.03.2019

Francisco Enivaldo Vieira Soares

Assinatura do Declarante

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



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Por</u>
<u>Assinatura de: Francisco</u>
<u>Enivaldo Vieira Soares</u>
Dou fé.
Crato, <u>27</u> MAR 2019
Em testemunho <u>da</u> da verdade

CARTÓRIO MARTINS
2ª TABELA
CRATO - CEARÁ

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 126487	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO LINHARES DA SILVA				CNS 708404266737560	Guia de Autorização		
Documento(s) CPF: 384.244.318-05						Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 12/08/1979		Local CRATEUS/CE				Idade 38 Ano(s)			
Pai JOSE JOAQUIM DA SILVA					Mãe LUIZA LINHARES DA COSTA				
Endereço CAMPO BOM ROSARIO, SN			Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 92053165		
Profissão AGRICULTOR		Empresa		Cônjuge					
Responsável FRANCISCO APARECIDO PORTELA		CPF do Responsável	Endereço CAMPO BOM ROSARIO, SN				Município CRATEUS	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO					
Data Atendimento 20/08/2017	Hora 16:32	Convênio SUS	Matrícula	CID	
Profissional do Atendimento NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES			CRM/UF 9575/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE		
Observação					
Sala		Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

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

при: от и между и по. (111)

6. f. 2. m. d.

None, found 4 thru
02 ft.

for her.



Dr. Nilton Greyek de Castro
Médico
CRM-CE 9575

NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: FRANCISCO APARECIDO PO

As 16:35 horas do estudo neste local parte com o Sr. Dr. Augusto
Zurita, com o Sr. Dr. Augusto Zurita, com o Sr. Dr. Augusto Zurita,
redigido pelo Sr. Dr. Augusto Zurita, com o Sr. Dr. Augusto Zurita,
João Francisco de Castro Fernandes - CRM: 9575 Responsável: FRANCISCO APARECIDO PO

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO LINARES DA SILVA
CPF e/ou RG: 394.242.318-05

Informações do Acidente

Data do acidente: 20/08/2017

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

VÍTIMA DE LESÃO CONTUSO-CONTUSA EM FACE À GSB, TRAUMA EM OMBRO GSB. E FRACTURA DO 4º QUIRÓDACTILO GSB.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

ANALGESIA CLÍNICA, RADIOGRAFIA, AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, INTERNAÇÃO HOSPITALAR E OSTEOSSÍNTESE DO 4º QUIRÓDACTILO GSB.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 4º QUIRÓDACTILO GSB. COM AUMENTAMENTO OSSÍEO LOCAL, DOR E BOLEMA AOS MÍNIMOS IMCORAÇÕES ESFORÇOS; LESÃO ANATÔMICA EM OMBRO GSB. COM DOR AOS MODERADOS INTENSOS ESFORÇOS

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de Junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: FRACTURA DO 4º QUIRÓDACTILO GSB.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (x) 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: TRAUMA MUSCULAR INTENSIVO DO OMBRO GSB.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (x) 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

16-05-19, CRATEUS-CO

Local e data da realização da avaliação médica

FRANCISCO LINARES DA SILVA
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

8200-B

FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CARTeira DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 394.244.318-05

Nome: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nascimento: 12/08/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

(88) 999-31-0116

(88) 999-31-3956

VALIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

50.576.885-4

02/JUL/2009

FRANCISCO LINHARES DA SILVA

JOSE JOAQUIM DA SILVA

E LUIZA LINHARES DA COSTA

CRATEUS -CE

12/AGO/1979

CRATEUS-CE

CRATEUS

CN: LV-A07 /ELS-10 /N.006239

394244318-05

1-1-1-13

Divisão de

Cartão de Matrícula de Pessoas Físicas

CODIGO DE CONTROLE

09FA.5A44.8E9E.5474

A autenticação deste comprovante deverá ser feita na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante analisado pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

27/08/2012 (hora e data de Brasília)

10:27:54 do dia

00

00

ABEMI SEGURADORA S/A

21 MAR 2018

RECEBIDO

PROIBIDO PLASTIFICAR

8200-8

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

FRANCISCO LINHARES DA SILVA

FRANCISCO LINHARES DA SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

RECEITA FEDERAL

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 394.244.318-05

Nome FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nascimento 12/08/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 394.244.318-05

Nome FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Nascimento 12/08/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

50.678.885-4

02/JUL/2009

FRANCISCO LINHARES DA SILVA

JOSE JOAQUIM DA SILVA

HUIZA LINHARES DA COSTA

CRATEUS -CE

CRATEUS-CE

CRATEUS

CN: LV.A07 / FLS.10 / N.006239

39424431805

12/AGO/1979

www.receita.fazenda.gov.br

CÓDIGO DE CONTROLE

09FA.5A44.8E9E.5A74

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

27/08/2012 (hora e data de Brasília)

às 10:27:51 do dia 27/08/2012

digito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE

09FA.5A44.8E9E.5A74

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

27/08/2012 (hora e data de Brasília)

às 10:27:51 do dia 27/08/2012

digito verificador: 00

9586 910 1666 (88)

1626 (88)

99231 3856

3280133097

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERICIAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito




Karine Vieira Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL

2003003007478

DATA DE EMISSÃO

14/11/2018

NOME

KARINE VIEIRA GOMES

PLACAO

EVALDO GOMES VIEIRA

MARIA QUITERIA VIEIRA GOMES

NATURALIDADE

CRATEÚS - CE

DATA DE NASCIMENTO

24/08/1992

DOC. ORIGINAL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 22247 FOLHA: 68 LIVRO: A - 22 CRATEÚS - CE

CNPJ

030.341.693-96

2 VIA

Karine Vieira Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

P.: 4

606 030 27 074 40027

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267754

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Data do acidente: 20/08/2017

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO; FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO E DEFORMIDADE ESTRUTURAL

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267754 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO; FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO E DEFORMIDADE ESTRUTURAL

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267754 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL.
FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francisco Vinícius da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 50.678.985-4 CPF: 394.344.311-05
 Endereço: Rua Dom Raimundo n. 510 Bairro: zona rural
 Cidade: Patos CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Marcelo Vinícius Aguiar
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 3003003007478 CPF: 030.341.693-96
 Endereço: Av. Sargento Raimundo 1423 Bairro: Patos
 Cidade: Patos CEP: 63700-000

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 e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Encomendas, Declaração de Ausência de Lado do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato da qual figura como vítima, Francisco Vinícius da Silva

Local: Patos Data: 20 de 02 de 2018

Francisco Vinícius da Silva
 Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer a firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francisco Linhares da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 50.678.98-4 CPF: 394.844.318-05
 Endereço: R. Dom Rosário n. 514 Bairro: Zona rural
 Cidade: Patins CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Marcel Vinicius Aguiar
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 0003003007478 CPF: 030.341.693-96
 Endereço: Av. Sargento Raimundo 123 Bairro: Patins
 Cidade: Patins CEP: 63700-000

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 e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Francisco Linhares da Silva

Local: Patins UF: PE Data: 20 de 02 de 2018.

Francisco Linhares da Silva
 Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer a firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



CARTÓRIO MARTINS
 Bel Edmar Albuquerque Nascimento
 Substituto Legal - CRA44807
 Cratêus - Ceará

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121537/19

Número do Sinistro: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CPF: 394.244.318-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 22/05/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121537/19

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CPF: 394.244.318-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

KARINE VIEIRA GOMES : 030.341.693-96

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

FRANCISCO LINHARES DA SILVA : 394.244.318-05

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: 09/04/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121537/19

Número do Sinistro: 3190267754

Vítima: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

CPF: 394.244.318-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO LINHARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 26/04/2019
Nome: KARINE VIEIRA GOMES
CPF: 030.341.693-96

KARINE VIEIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS