

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10761517

A/C: ROMULO RODRIGUES LIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170177232 ASL-0118346/17

Vítima: ROMULO RODRIGUES LIRA

Data Acidente: 15/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ROMULO RODRIGUES LIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 20073639110 EXPEDIDO POR SSP DS CE EM 28/04/14 E

CPF 055377553-48 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECLUSO-ME

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO-ME (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROMULO RODRIGUES LIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susop nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4024-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27-676-6

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

J. DONATIL-CE 30 de MAI de 2014

LOCAL E DATA

Rômulo Rodrigues Lira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURO DPVAT LÍDER 52 28-40-20101501 07335171



Eurocard
International



4001 7861 7861 7861

2001

GOOD
THRU

03/79

RODOLFO R LIRA

10243

276766

VISA

ELECTRON

Elaborate use only. Always use with proper



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 2806 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **10/03/2017 10:02:38**

Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2017 16:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CASTELO BRANCO**

Complemento:

Bairro: **PIRAJÁ**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **PROX. AO MERCADO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RÔMULO RODRIGUES LIRA**

Nascimento: **27/07/1994** CPF: **055.377.553-78**

RG: **20073619110**

Orgão Emissor: **SSP/CE**

UF:

Filiação: **MARIA LÚCIA RODRIGUES LIRA**

ROBÉRIO RODRIGUES LIRA

Endereço: **RUA RUA DOM PEDRO II, 1896**

Bairro: **PIRAJÁ**

CEP: **63.020-030**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99618-0482**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSD1920** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:

9C2JC4110ER409615 Renavam: **1016393862** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **ROMULO RODRIGUES LIRA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma O NOTICIANTE, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA TRAFEGANDO NA MOTOCICLETA SUPRA DESCRITA SOZINHO SEM NENHUM PASSAGEIRO, TRAFEGANDO NORMALMENTE NA VIA OCASIÃO EM QUE TENTOU REALIZAR UMA CURVA E EM VIRTUDE DO PNEU DA MOTO ESTAR CARECA ACABOU DERRAPANDO NA PISTA; QUE O DECLARANTE/CONDUTOR EM VIRTUDE DO OCORRIDO ACABOU PERDENDO O EQUILÍBRIO E CAINDO AO SOLO; QUE NÃO HOUVE OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE A VÍTIMA/NOTICIANTE NO MOMENTO DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO POR UM AMIGO DE NOME EDUARDO (QUE ACOMPANHAVA O DECLARANTE EM OUTRA MOTO) E ESTE AMIGO O LEVOU ATÉ A UPA 24h PARA RECEBER ATENDIMENTO MÉDICO EM JUAZEIRO DO NORTE/CE SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI PARA REALIZAR UM RAIOS X; QUE DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU FRATURA DO METATARSO DO 3º PODODACTILO CONFORME PRONTUÁRIOS Nº 1353 E PRONTUÁRIO Nº 128860 DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI E ATESTADO EXPEDIDO PELO MÉDICO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MACEDO CRM Nº 10466 NA DATA 16/01/2017; QUE O CONDUTOR É PORTADOR DE CNH 950869343; QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH DO CONDUTOR, PRONTUÁRIOS DE

X Rômulo Rodrigues Lira

Complemento:
Bairro: PIRAJÁ
Município: JUAZEIRO DO NORTE

03-02-2014 12:45:00

Nome: RÔMULO RODRIGUES LIRA
Nascimento: 27/07/1994 CPF: 022.377.223-78
RG: 200738110
Filiação: MARIA LUCIA RODRIGUES LIRA
ROBÉRIO RODRIGUES LIRA
Endereço: RUA RUA DOM PEDRO II, 1896
Bairro: PIRAJÁ
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Estado: BRASIL
Telefone: (88) 99613-0482
CEP: 63.020-030

[illegible]

INFORMADO Envolvidor: ENVOLVIDO
VERMELHA Proprietário: ROMULO RODRIGUES LIMA Situação: NÃO
Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor:
MOTOCICLETA Marca \ Modelo: HONDA CG 125 FAZ KS Ano:
seja(CALIBER400662 Renavam: 20355862 Tipo de Veículo:
1)Placa: 0201250 UF: DE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:

031131Z14

AMIGO DE NOME EDUARDO (QUE ACOMPANHAVA O DECLARANTE EM
VITIMIZANTE NO MOMENTO DO ACIDENTE) FOI SOCORRIDO POR UM
NÃO HOUVE OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE; QUE A
OCORRÊNCIA ACABOU PERDENDO O EQUILÍBRIO E CAINDO AO SOLO; QUE
DEBILITADO NA PISTA; QUE O DECLARANTE CONDUZIR EM VIRTUDE DO
UMA CURVA E EM VIRTUDE DO PNEU DA MOTO ESTAR CARGA ACABOU
TRAFEGANDO NORMALMENTE NA VIA OCASIÃO EM QUE TENTOU REALIZAR
MOTOCICLETA SUPRA DESCRITA SOZINHO SEM NENHUM PASSAGEIRO.
NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA TRAFEGANDO NA
DENÚNCIA CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU CONTRAÇÃO QUE
ABRIRIA O NOTICIANTE, ADEQUADO DAS PESSOAS COMITADAS AO TALIS TESTEMUNHO.

QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH DO CONDUTOR, PRONTUÁRIOS DE 950809343; QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS Nº 1046 NA DATA 18/01/2017; QUE O CONDUTOR É PORTADOR DE CNH EXPEDIDO PELO MÉDICO HEDILBERTO PEREIRA-FILGUEIRAS MACEDO CRM PRONTUÁRIO Nº 12866 DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI E ATESTADO DO METATARSO DO 3º. PODODACTILO CONFORME PRONTUÁRIOS Nº 1323 E PARA REALIZADA UM RAIOS-X; QUE DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU FRATURA POSTERIOIRMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ATENDIMENTO MÉDICO EM JUAZEIRO DO NORTECE SENDO OUTRA MOTQ) E ESTE AMIGO O LEVOU - ATÉ A CLINICA PARA RECEBER



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 2806 / 2017

ATENDIMENTO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E DOCUMENTO DO VEÍCULO; QUE FOI DEVIDAMENTE CIENTIFICADO QUE A RESPONSABILIDADE DE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE REGISTRO SÃO DO DECLARANTE. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lida e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Anderson Martins de Lacerda
ANDERSON MARTINS DE LACERDA - MAT.: 300625-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rômulo Rodrigues Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

Marcos Antonio dos Santos
MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7

RECIBO DO REGISTRO
Nº 488 - 2806 / 2017
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE
11/06/2017
Rômulo Rodrigues Lima

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ROMULO RODRIGUES LIRA, portador da carteira de identidade nº 20073619110 e inscrito no CPF/MF sob o nº 055.327.553-78, residente e domiciliado na RUA DOM PEDRO II, 1896, PIRAJÁ, Cidade JUAZEIRO DO NORTE, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 3 *T30*



Rômulo Rodrigues Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 6-03-17

Local e data

SEGURADORA LIDER DPVAT S.A. - PAVANET 1001 873352 1/1

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 15/01/2017
Hora: 22:17

Data de Saída: 15/01/2017
Hora de Saída: 22:17

Paciente

Nome: 1353 ROMULO RODRIGUES LIRA
Responsável: ROMULO RODRIGUES LIRA
Mãe: MARIA LUCIA RODRIGUES LIRA
Endereço: RUA DOM PEDRO SEGUNDO, 1896, PIRAJÁ - JUAZEIRO DO CEP: -
Nasc: 27/07/1994 Idade: 22
Telefone: (88) 99618-0482 Celular: ()
Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 700505585088653 Doc. Identidade: 20073619110 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

paciente veio ao serviço com queixas de dor e dificuldade de movimento em tornozelo direito. refere trauma em queda de motocicleta na tarde de hoje. porta radiografia em CD, o qual não conseguiu visualizar neste microcomputador. oriento sobre cuidados e aguardo retorno com a imagem com visualização

Antecedentes Médicos

DOCUMENTO 2 *T2M*



Exame Físico

acv, ar, abd, fisiológicos. presença de ferimento com curativo e sem sinal de sangramento ou isquemia. nega queixa de dor

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10 N008

Tratamento

segue orientações, aguardo retorno

Dr. Hédilberto Macêdo
Clínico Geral
CRM 10466

CICERO HEDILBERTO PEREIRA
CRM: 10466 / CE

Diretor Médico



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROMULO RODRIGUES LIRARG nº 20073619110, data de expedição 28/04/14, Órgão SSPD5 CE,

CPF nº 056.377.553-78, 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>RUA DOM PEDRO II</u>
Número	<u>1896</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PIRAIA</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(88) 988329688 / 988070712</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE - CE, 12-03-17

Assinatura do Declarante:

Rômulo Rodrigues Lira

Nº DO CLIENTE
6271760-0
 Para adquirir seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Rede Social de Energia elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Volvíncio, 160
 CEP 60125-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.067.251/0001-79 | CGF 08.195.848-3

Coelha
enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 461235274

Rota 07 13000 22 315000 - 9 **Data de Emissão** 12/01/2017

Nome MARIA LUCIA RODRIGUES LIRA

End. Postal RU DON PEDRO II 01896
 PIRAJÁ -- JUAZEIRO DO NORTE - 63034060

Medidor 1013100 **Posto** 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA **Fator de Potência** 0,00

RG/CPF/CNPJ 630184203-06 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Jan/2017	12/01/2017	09/02/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntura JUAZEIRO DO NORTE **Índice** 8,00 F **Agropecuária Individual** 0,00

Mês Jan/2017 **Índice** 8,00

Base de Cálculo (kW)	Alíquota	Valor de Imposto
ISIRIO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. de Consumo (kWh)	Const. Incl. de Consumo	Const. Excl. de Consumo	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
8419	8294	125	0,00	0,00	0,17	21,25

VALOR CONSUMO DO MÊS 41,54

MULTA MORATORIA REF 12/2016 1,72

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS 0,45

JUROS DO MÊS 1,17

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA-REND 1,62

VENCIMENTO 19/01/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 46,50

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	21,25
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (PIS, COFINS)	4,29
Total	25,54

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Jan/17	125	21,25
Fev/17	135	22,95
Mar/17	156	26,82
Abr/17	154	26,18
Mai/17	142	24,14
Jun/17	144	24,53
Jul/17	126	21,42
Ago/17	122	20,74
Sep/17	117	20,00
Out/17	123	20,91
Nov/17	134	22,82
Dez/17	117	20,00
Total	1421	25,54

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 58,35 Compensado kg (CO₂) 0,00 **Compensação Ecológica (kg CO₂)** 58,35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previdência

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consideramos em atraso as contas referentes ao mês de dezembro de 2016. Caso não seja pago o valor devido até o dia 19 de janeiro de 2017, a Companhia Energética do Ceará poderá suspender o fornecimento de energia elétrica por 15 dias, a partir da data de suspensão, conforme previsto no Art. 173 da Lei nº 10.438/2002. Caso não seja pago o valor devido até o dia 19 de janeiro de 2017, a Companhia Energética do Ceará poderá suspender o fornecimento de energia elétrica por 15 dias, a partir da data de suspensão, conforme previsto no Art. 173 da Lei nº 10.438/2002.

DEBITOS EM ATRASO

Descrição	Valor (R\$)
12/2016	103,40
Total	103,40

Consta desta fatura R\$ 4,29 referente a PIS e COFINS.

Para mais informações, consulte o site: www.enel.com.br

59900000 LINDA D'AMIT S B 20-01-2017 13:01 073355 1/1

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 20/01/2017
Hora: 07:32

Data de Saída: 20/01/2017
Hora de Saída: 07:32

Paciente

Nome: 1353 ROMULO RODRIGUES LIRA
Responsável: ROMULO RODRIGUES LIRA
Mãe: MARIA LUCIA RODRIGUES LIRA
Endereço: RUA DOM PEDRO SEGUNDO, 1896, PIRAJÁ - JUAZEIRO DO
Nasc: 27/07/1994 Idade: 22
Telefone: (88) 99618-0482 Celular: ()
CEP: - Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 700505585088653 Doc. Identidade: 20073619110 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Último Pagto:

Convênio

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

paciente comparece para mostrar raio x do pé E, devido a queda de moto há 5 dias

Antecedentes Médicos

DOCUMENTO 4 "T46"



Exame Físico

raiox : fratura em 3 pododactilo e no metatarso

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10 V292

Tratamento

ao ortopedista
ambulatório

Da Inteza Filgueira Cavalcante
MÉDICO
CRM: 14824 / CE

ANDREZZA FILGUEIRA CAVALCANTE
CRM: 14824 / CE

Diretor Médico

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ROMULO RODRIGUES LIRA Admissão: 15/01/2017 18:31
Pront.: 128860 Data Nasc.: 27/07/1994 Idade: 22 ano(s) 6 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 96180482
Mãe: MARIA LUCIA RODRIGUES LIRA
Sexo: Masculino RG: 20073619110 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: PIRAJA
Endereço: RUA DOM PEDRO II 1896

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador WONESKA RODRIGUES PINHEIRO Horário 15/01/2017 18:38
Queixa: pcte refere dor em pé direito pos trauma
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR LEVE RECENTE
Salto: 02

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM: 6442 Nº: 358509 Horário 15/01/2017 18:39
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA COM RELATO DE HAVER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTOCICLETA POR VOLTADA DAS 16:00 HORAS, PARA REALIZAR RX DO PÉ.

EXAME FÍSICO: EGBOM, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO E VÍGIL. ECG = 15.

OBS. APÓS A MEDICAÇÃO E O RX O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA A UPA.

ALTA

Data: 15/01/2017 22:09

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
15/01/2017 18:38:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR LEVE RECENTE	VERDE	WONESKA RODRIGUES PINHEIRO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO D AP/P (0204060087)	15/01/2017 18:45	Sim	Cancelado
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	15/01/2017 18:45	Sim	Cancelado

Rdo. Valdetário Brito Siebra
Cirurgião Geral
CRM: 6442 Nº: 358509

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

EVOLUÇÃO

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

Rômulo Rodrigues Lira

Soluto

Painel x de pé r.
e torção lateral.

15/01/17

João de Souza Leite
Médico
CREMEC 10.173



JUAZEIRO DO NORTE
CIDADE DE TODOS

Rua Capitão Domingos, s/n, Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220

IMEGI
Instituto Municipal de Gestão Integrada

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

Rômulo Rodrigues Lira

RX USO ORAL

Muscelon 400mg - 7/cx
Jornal normal de 12/12h

15/01/17

João de Souza Leite
Médico
CREMEC 10.173



Rua Capitão Domingos, s/n, Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220



SERENIDADE LIDAR OPAH 5 8 26-118-2017 1502 873362 1/1

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

Rômulo Rodrigues Lira

SF 0171-100ml EV

Desmefetasona 20mg/4
no Soro

- Dipirone 100mg/7 Bln
de Ar EV



JUAZEIRO DO NORTE
CIDADE DE TODOS

15/10/17

Rua Capitão Domingos, s/n. Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63600-220

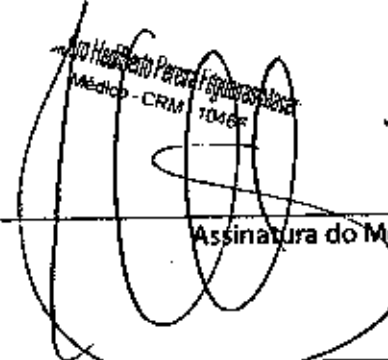
João de Souza Leite
Médico
CREMEX 10.173

IMEGI
Instituto Médico de Gestão Integrada

SERIALIZADO EM 08/09/17 3 0 26-09-2017 13:02 075363 V1

ATESTADO MÉDICO

A (o) _____
Comunicamos a Vsa. que o (a) paciente Rômulo Thomaz
LINS, 22 ANOS.
foi atendido (a) UPA 24h
(Emergência Immediata)
no dia 16.01.17 às _____ horas, apresentando-se para
CID S90, necessitando
Permanecer afastado de suas funções por 02 DIAS dias.
Juazeiro do Norte - CE, 16 de 01 de 2017


Assinatura do Médico - CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo decreto nº 89.312 de 23.01.84, resolução CFM 1190/84. Será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

Rômulo A. Lima

Suave

Consultas c/ anexo
DIAS

//


Rômulo A. Lima
Médico - CRM - 10000
15/01/17

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

P/ Roulo R. Lme

h

uso oral

① Proflam 100mg — 1cx

Tomar 1 q 12/12h,
durante 5 dias.

20/01/17.

Dr. Anderson Moreira Cavalcante
CRM 14824


JUAZEIRO DO NORTE
Cidade do Tororó

Rua Capitão Domingos, s/n, Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63036-220

 **IMEGI**
Instituto Médico de Gestão Integrada

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

Encaminhamento

Médico

Examinado o paciente Paulo
Rodrigues Lima para o Ortopedista

(Fratura da metatarso do 3º
pedodactilo há 5 dias)

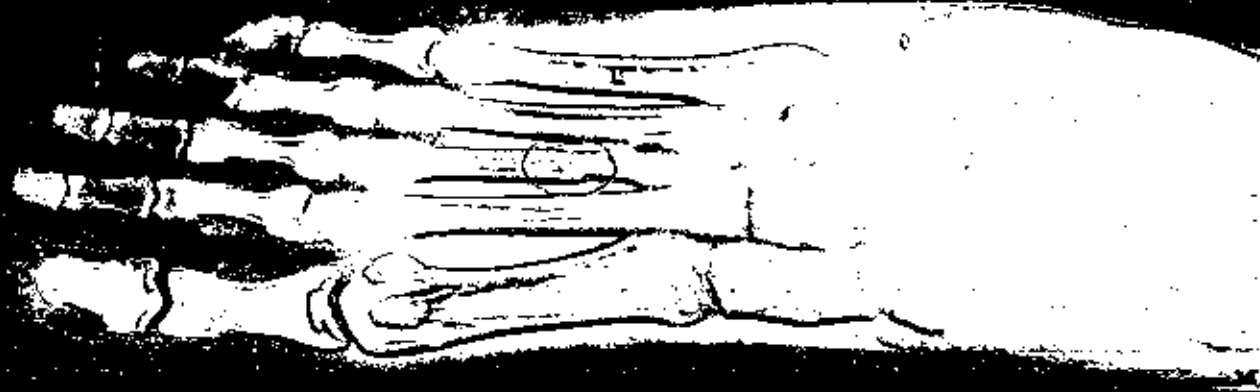
Dra. Andressa Figueira Cavalcante
MÉDICA
CREMEC 47824

20/01/17.



Rua Capitão Domingos, s/n, Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63035-220





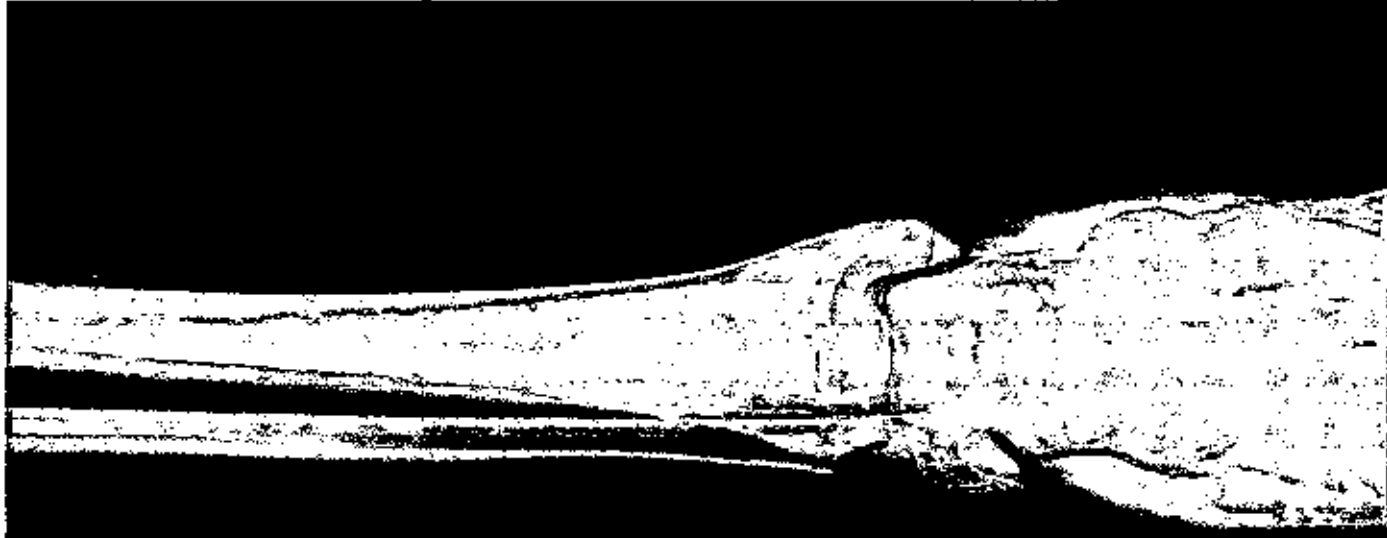
NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.

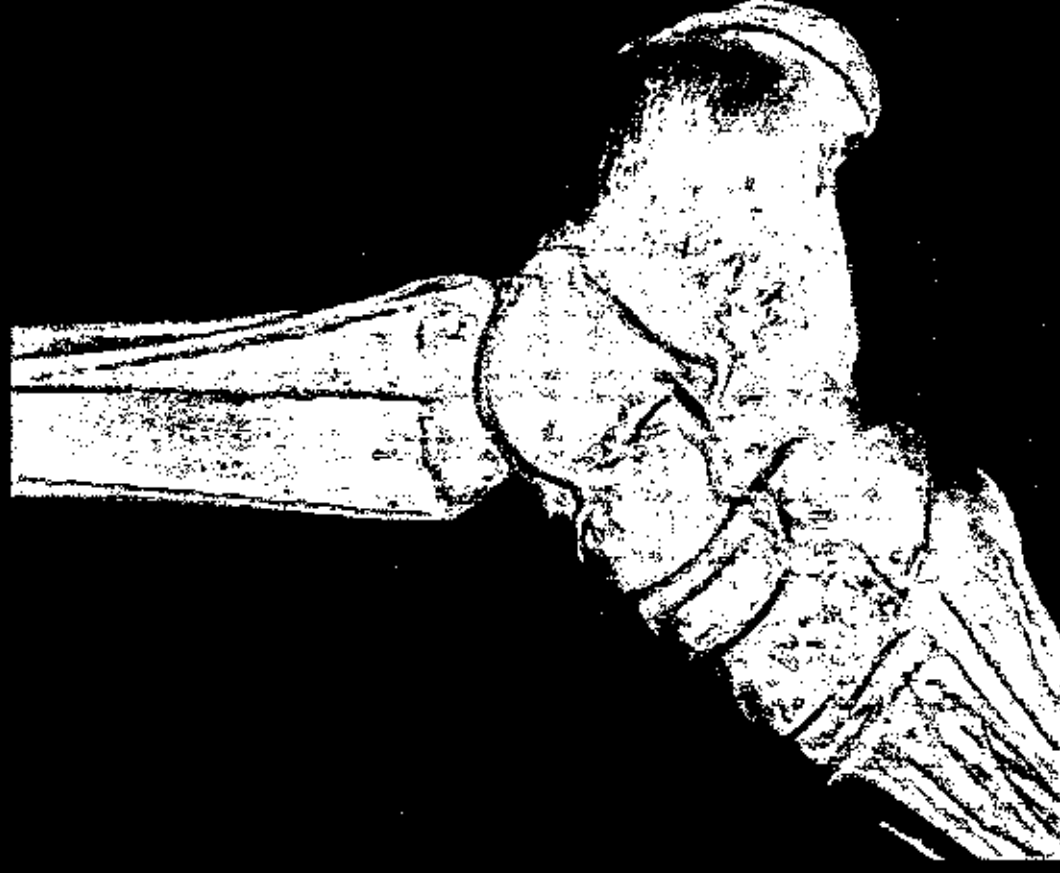


NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use

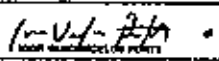


NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME: ROMULO RODRIGUES LIRA	
	
DOC. IDENTIFIC. FOTO (BRASIL) 20073619110 SSP/CE CE	
CN 055.377.553-78 DATA DE NASCIMENTO 27/07/1994	
FILIAÇÃO ROBERTO RODRIGUES LIRA MARIA LUCIA RODRIGUES LIRA	
PRIMEIRO NOME NCM CATEGORIA AB	
Nº PASSO 05742672515 VALIDADE 26/06/2018 1ª Emissão 22/03/2013	
Observações: SEM OBSERVAÇÃO: Romulo Rodrigues Lira	
Assinatura do Portador: 	
Local: FORTALEZA, CE Data: 28/04/2014	
97105480464 02141641094	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118346/17
Vítima: ROMULO RODRIGUES LIRA
CPF: 055.377.553-78

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/01/2017
Titular do CPF: ROMULO RODRIGUES LIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DOCUMENTO 7 *T796*



ROMULO RODRIGUES LIRA : 055.377.553-78

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.

Portador da documentação entregue

Data: 24/03/2017
Nome: ROMULO RODRIGUES LIRA
CPF : 055.377.553-78

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/03/2017
Nome: ADRIANA GIARDINIERI CARNEIRO
CPF: 005.603.267-69

ROMULO RODRIGUES LIRA

ADRIANA GIARDINIERI CARNEIRO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS - ID

SEGURO DPVAT LÍDER DPVAT 54 30-11-2017 13:51 0733508 1/1

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOAQUIL ROdrigues Lira
DATA DO ACIDENTE 15-01-2017 CPF DA VÍTIMA 055.327.553-78
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOAQUIL RODRIGUES LIRA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DON PEDRO II
Nº 3896 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MEIAJA
CIDADE JUAZEIRO DO NORTE UF CE CEP 63034-060
E-MAIL _____ TELEFONE (88) 988329688

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍPITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1304
TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10-03-2017
IDENTIDADE 20073655110
ASSINATURA Rômulo Rodrigues Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 10/03/2017 MATR. CORREIOS 62177141320
NOME Joabelle f. f. Sampaio
ASSINATURA [assinatura]