

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: 22/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000019190-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2209201705000000000023701781000000019190236250 PAGO

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11638414

A/C: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170487374 ASL-0346206/17
Vitima: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Data Acidente: 05/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA EMANUELE DOS SANTOS MATIAS LOPES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11653065

A/C: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO

Sinistro: 3170487374 ASL-0346206/17
Vítima: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Data Acidente: 05/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA EMANUELE DOS SANTOS MATIAS LOPES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11708317

A/C: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO

Sinistro: 3170487374 ASL-0346206/17
Vítima: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Data Acidente: 05/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA EMANUELE DOS SANTOS MATIAS LOPES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001781-7

Conta: 0000019190-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170487374 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MARIA DIAS nº 00 - ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2006030045185 - SSP**
Data local do exame: **20/09/2017 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA DE SUPORTE.EVOLUIU COM DEFICIT DA EXTENSÃO MÁXIMA , CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EDEMA ARTICULAR E CLAUDICAÇÃO LEVE NO MEMBRO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 20/09/2017

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

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, Italo Helanio de Oliveira Ribeiro
PORTADOR(A) DO RG Nº 2006030045185 - EXPEDIDO POR SSP-Ce EM 01/07/14 E
CPF 066341133-51 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Italo Helanio de Oliveira Ribeiro AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou **LÍDER CORRETORA DE SEG. 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 informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 181 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1781-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19190-6
Dígito 037

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

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

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.

Autorização de pagamento



Ribeiro, 01 de Setembro de 2017. Italo Helanio de Oliveira Ribeiro

LOCAL E DATA

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.

BRABESCO
EXPRESSO

CONTRASINCRONIE DO BANCO BRABESCO S.A.
D A R DAS CHAGAS - EPP
RUA PAINE JARDIM DE MEIZES 316
TERMINAL 150 00013597 DATA 29/08/2017
HORA: 29/08/2017 HORA DE DESLIGAR: 16:02

*** EXTRATO DE CONTA CORRENTE ***

TIPO DE RELATÓRIO DE OLIVEIRA RIBE 16:02HR
AGÊNCIA 1781 CTA 0019190-6 29/08/2017

DISPONÍVEL	0.00
= TOTAL DISPONÍVEL	0.00
+ CONTA CORRENTE	0.00
TOTAL DE RESERVAS	0.00

AG. BRABESCO : 1781 - 1.100.100 DO
HABIT
CORRESP. BANC. 0000 - MERCANTIL CENTRAL
MSU: 02805196031 AUTENTIFICADO: 753743

CAIXA CORRETORES BRABESCO
UPIM 727 0043

MSU NOME: 216293 HORA NOME: 16:02:37

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

05 SET 2017

ASS:

19



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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 SET 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2562 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/08/2017 11:40:46**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2017 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CABEÇA PRETA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Ponto de Referência:

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**
Nascimento: **08/02/1994** CPF:
CNH: **963661280** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA MONICA DE OLIVEIRA RIBEIRO**
ANTONIO FERNANDO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Endereço: **SITIO MARIA DIAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMK6722** UF: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JB0100HR203016 Renavam: **1114615754** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP 110i** Ano Fabricação:
2016 Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **FRANCISCA MONICA DA CRUZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA MENCIONADO, ERA O CONDUTOR DO VEICULO TIPO MOTOCICLETA HONDA POP 110, COR VERMELHA, PLACA PMK 6722, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE FRANCISCA MONICA DA CRUZ, OCASIAO EM QUE UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA, VINDO A DERRUBA-LO; QUE AFIRMA QUE VINHA SOZINHO NA MOTO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU; QUE FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE E DE LA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED, ONDE DEU ENTRADA E SE SUBMETEU A INTERVENÇÃO CIRURGICA NA PERNA ESQUERDA, QUE APRESENTAVA FRATURAS; QUE O DECLARANTE É HABILITADO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Italo Helanio de Oliveira Ribeiro

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 2562 / 2017



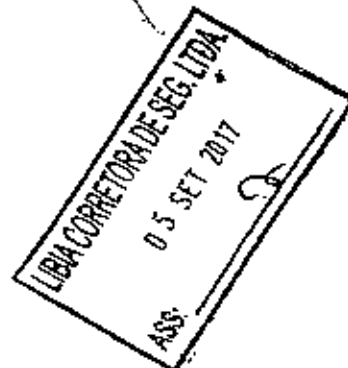
AUTENTICAÇÃO

AUTENTICO a presente cópia reprográfica a qual confere com o original. Dou fé.
Limoeiro do Norte (CE).

29 AGO. 2017

- () Beatriz Carmo da Penha - Tabelião
- () Cleide Lopes Nogueira - Escrevente Autorizada
- () Cleide Lopes Nogueira - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência



Eu, Italo Helanio de Oliveira Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 0006030045185 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.341.133-51, residente e domiciliado na Sítio Maria D'Assis, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) 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.

Italo Helanio de Oliveira Ribeiro

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Limoeiro do Norte - Ce 01-09-2017

Local e data



ATO

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da SaúdeSAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**, portador do RG 2006030045185 e inscrito no CPF 066.341.133-51, no dia 5/02/2017, às 9h22, no município de Limoeiro do Norte/CE, no Sítio Cabeça Preta, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Municipal Dr. Deoclécio Lima Verde. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de Agosto de 2017


 Maria das Graças Torres
 ASSESSORIA EXECUTIVA

 Relizana Avelino Riosinho
 Relizana
 COREN/CE 274.231


ato declaratório

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

DIGITADO

Nº Atendimento: 1062 CNS: 898003052439113 Data do Atend.: 05/02/2017 as 09:49:36
Nome do Paciente: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO Data de Nasc.: 08/02/1994
Endereço: MARIA DIAS SN0014 LIMOEIRO DO NORTE Op: ELIANGELA
Convênio: SUS PSF: CORREGO DE AREIA Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: M Idade: 22a 11m 25d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 99

Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A.: Sist. (130) Diast. (90) FC: (103) bpm FR: (20) irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)
Queda de moto e capacete. Nego TCE ou trauma toraco-lombar. Q. enjoo, Q. síncope. Piora de contusão e deformidade em 1/3 superior da perna esquerda. GLASGOW 15.

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento: Fratura de perna E Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção () Ultrassom Obstétrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados Ass. Executor Conselho Classe

Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar () Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF () Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos () Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:
FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:
(X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

1) PA: 130/90.

2) SF 0,9% 100 mL + 100mg profenal, EV.

3) Rx de perna E AP / perfil

4) Toramadol 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 SET 2017
ASS: 4

Assinatura de Lima Viana
Téc. de Diagnóstico
05/02/2017 09:50:05

13:30/6

Assinatura de Lima Viana
Téc. de Diagnóstico
05/02/2017 09:50:05

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Italo Helânio de Oliveira Ribeiro

RG nº 2006030045185, data de expedição 01/07/14, Órgão SSRC

CPF nº 066.341.133-51, 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:

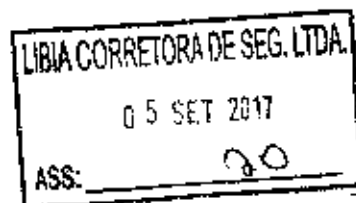
Comprovante de residência

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Maria Dias</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.930-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99427-8621 (88) 99755-6374</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro do Norte 01-09-2017

Assinatura do Declarante: Italo Helânio de Oliveira Ribeiro



2506787-7
 Para seguir com o atendimento, utilize o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

de 25 de abril de 2002
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60125-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.041.225/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 483425316

Rota 21 25063 60 069500 - 5 Data de Emissão 30/06/2017

Nome ANTONIO FERNANDO DE OLIVEIRA RIBEIRO

End. Postal ST MARIA DIAS 00000

- LIN. DO NORTE - 62930000

Medidor 10902905 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

-RG/CPF/CNPJ 383193903-97 CGF 0,00

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Verifique a legibilidade no verso desta conta.		
JUL/2017	30/06/2017	31/07/2017	Conjunta		
KWH			Mês		
Base da Cálculo (P3)			LIMITEIRO DO NORTE		
Alíquotas			Mês 1/2017		
Valor do Imposto			EUSD 26,00		
ISENTO			Aprovação Individual		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Mês		
FIC 1526,200, 725, 8422, 0302, 1518, 5773			Mês		
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			Mês		
Let. Atual			Mês		
Let. Anterior			Mês		
Consumo (KWh)			Mês		
Consumo Incl.			Mês		
Consumo Excl.			Mês		
Tarifa (R\$/KWh)			Mês		
Valor (R\$)			Mês		
10226			Mês		
10109			Mês		
1,00			Mês		
117			Mês		
0,00			Mês		
117			Mês		
0,34500			Mês		
40,57			Mês		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	40,57
MULTA MORATORIA REF 04/2017	1,12
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-6,08

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/08/2017	35,61

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 19,27	142
Transmissão 1,90	117
Distribuição 13,88	148
Encargos Setoriais 4,53	166
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,77	148
TOTAL 40,57	117
	144
	106
	139
	182
	128
	190
	121

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)
Compensação para emissões pelo consumo de energia elétrica
Emissão kg CO ₂
Compensação kg CO ₂
Compensação Ecológica (kg CO ₂)
50,57
0,00
0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO...

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 114,85. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
04/2017	56,59
05/2017	58,30

Consta desta fatura R\$ 1,77 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,70% e COFINS: 0,65%.

Rev. 3.0 - P. 100-2005 - RNTREL - Data n. 10.0307/02 e 10.0323/02

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 05 SET 2017
 ASS.

Nº do Cliente: 2506787-7
 Data de Emissão: 30/06/2017
 Nº da Nota Fiscal: 483425316

Referência: Jul/2017
 Total a Pagar (R\$): 35,61
 Nº da Conta: 0002506787 00181 39922 65

025067870-5 01813992270-1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Emanuele dos Santos Matias Lopes,

RG nº 2002097078619, data de expedição 02/09/15, Órgão SSP-G,

CPF nº 0449686305, 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:

Comprovante de residência

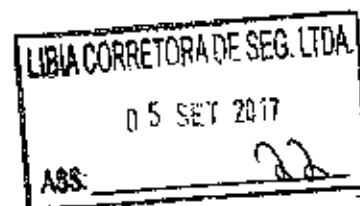


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Fco Holanda</u>
Número	<u>1034</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom-nome</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62 930 000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99427-8621 (88) 99755-6374</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro do Norte - CE 01-09-2017

Assinatura do Declarante: Maria Emanuele dos Santos Matias Lopes





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMEIRO DO NORTE
AV. DONA ARLETE MATOS, 1100 - CENTRO - LIMEIRO DO NORTE
CEP: 62.930.000 - CNPJ: 07.625.332/0001-19
FONE: (88) 3423.4200 - Site: www.saaelimeiro.com.br

INSCRIÇÃO: 0023678.2 PAR - R-1
MIDÍMETRO: A14G004565
LOCALIZAÇÃO: 01
DATA: 25/04/14
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR: 00.00.07.0000003420
MÉDIA: 08/2017
PATIULA: 170148729

MARIA EMANUELE DOS SANTOS MATIAS
RUA FRANCISCO HOLANDA 1034, CAD. 12787, BAIRRO BOM NOME
CEP: 62.930.000 LIMEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS		
COD	DESCRIÇÃO	VALOR
01	ÁGUA	42,30

EMITIDO EM: 10/09/2017 07:54:30

HIDROMETRIA		ÚLTIMOS CONSUMOS	
LEITURA	DATA	21	23
ANTERIOR: 633	19/07/17	19	21
ATUAL: 648	18/08/17	16	18
CONSUMO: 15	DIAS: 30		
LEITURISTA: 34	OCORR:		
MÉDIA: 19 m³		FEV	MAR
RESERVATÓRIO DE ETA-GEJE MUNI		ABR	MAI
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA		JUN	JUL
PERÍODO: 15/08/17 A 15/09/17		AGO	
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	6,0 a 9,0	01	0,20
CLORO	ATE 5,0	01	4,84
FLOCO	ATE 1,5	01	0,44

VENCIMENTO: 10/09/2017 VALOR R\$ 42,30
LOCAIS DE PAGTO: SAAE/ MERCANT. NOVA OPÇÃO/ LOJA OPUS
FARM. SÃO LUIZ/ PAULINHO VIZ LOTERIA.

TEL.: (88) 3423-4200 / 8842-3024
VENDA DE BEBIDA ALCOOLICA A MENORES É CRIME. DENUNCIE
DENGUE MATA, SOBREVIVE QUEM TEM CONSCIENCIA. NAO
DEIXE AGUA PARADA. COOPERE COM SUA VIDA.

0023678.2 - MARIA EMANUELE DOS SANTOS MATIAS 08/2017
VENCIMENTO 10/09/2017 VALOR R\$ 42,30
0023678.08.17.170148729
0023678.08.17.170148729



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 SET 2017
ASS: 23

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu maria Emanuel dos Santos matias lopes - portador(a) do

RG nº 2002097078619, expedido por SSP-Ce, em

02/09/15, CPF/CNPJ nº 01419686305

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

Helanio de oliveira Ribeiro do sinistro de DPVAT da natureza invalidiz

da vítima Italo Helanio de oliveira Ribeiro, e conforme

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

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

maria Emanuel dos Santos matias lopes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca mônica da CruzRG nº 2007633225-4, data de expedição 11/08/10.Órgão SSP-Ca, portador do CPF nº 04528038374, comdomicílio na cidade de Limoeiro do Norte no Estado deCe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Setor Maria Dias, nº 511.

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

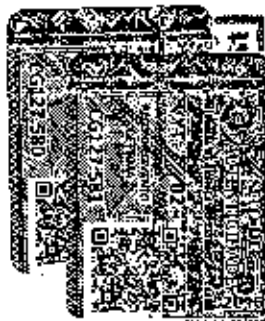
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Italo Helanir de Oliveira Ribeiro cujo o condutor eraItalo Helanir de Oliveira Ribeiro.Veículo: motorcycleModelo: Honda PopAno: 2016/2017Placa: PMK 6722Chassi: 9C2JB0100HR203016Data do Acidente: 05.02.2017Local e Data: Limoeiro do Norte - Ce 29.08.2017Francisca mônica da Cruz

Assinatura do Declarante

Italo Helanir de Oliveira Ribeiro

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



Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)

Francisca Mônica da CruzItalo Helanir de Oliveira Ribeiro

Dou Fé.

Limoeiro do Norte - CE 29 AGO 2017

Em (n) _____ Verdade

Leandra Queiroz Pontes - Tabelião_____
Creusa Lopes Nogueira - Escrevente Autorizada_____
Creusa Lopes Nogueira - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

DIGITADO

Nº Atendimento: 1062 CNS: 898003052439113 Data do Atend.: 05/02/2017 as 09:49:36
Nome do Paciente: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO Data de Nasc.: 08/02/1994
Endereço: MARIA DIAS SN0014 LIMOEIRO DO NORTE Op: ELIANGELA
Convênio: SUS PSF: CORREGO DE AREIA Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: M Idade: 22a 11m 25d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 99

Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A.: Sist. 130, Diast. 90, FC: 103 bpm FR: 20 irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

Queda de moto e capote. Nega TCE ou trauma toraco-lombar. Q.ênese, Q.síncope. Fim de consciência e dormência em 1/3 superior da perna esquerda. GLASSGOW 15.

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

Data 1º Sintomas

Fratura de perna E

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção () Ultrassom Obstétrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados Documentação médico - h

Ass. Executor

Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar () Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF () Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos () Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:

(X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

1) DA: 130/90.

2) SF 0,9% 100 mL + 100mg paraf, EV.

3) Rx de perna E AD / perfil

4) Toramadol 100 mg + 100 mL SF 0,9% EV.

Lívia R. de Lima Viana
Téc. de Enfermagem
CRÉD. 18004

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
05 SET 2017
ASS: 1

Pedro Raphael R. de Sousa
Téc. de Enfermagem
CRÉD. 18004

Paciente: **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**

Idade: **22 anos, 11 meses e 24 dias**

Sector: **RECEPCAO EMERGENCIA E URGENCIA**

Solicitante: **MEDICO DE URGENCIA**

Atendimento: **5166452**

Pedido: **2201225**

Prontuário: **71921328**

Status/Sexo: **E / M**

Data do Exame: **05/02/2017**

Ac.Number: **2630383**

Data Nascimento: **08/02/1994**

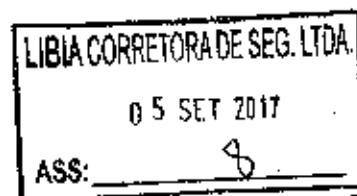
www.hospitalregionalunimed.com.br
Av. Visconde do Rio Branco, 4.000
60055-172 Tauape, Fortaleza - CE
T (85) 3277-7000
F. (85) 3277-7124

TOMOGRAFIA MULTISLICE DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento multislice de 64 fileiras de detectores, sem a administração de contraste endovenoso.

LAUDO:

- **Densificação panículo adiposo subcutâneo da face anterior do joelho.**
- **Fratura multifragmentar do platô tibial com desnívelamento e subluxação de fragmentos, se estendendo em plano oblíquo no terço proximal da tibia.**
- **Demais estruturas ósseas de configuração, densidade e trabeculado sem alterações.**
- **Ligamentos colaterais e cruzados sem alterações identificáveis pelo método.**
- **Ligamento patelar sem lesões aparentes.**
- **Coleção intra-articular com extensão para a bursa suprapatelar.**
- **Fossa poplíteica sem evidências de formações expansivas.**
- **Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis.**




Dr(a). FRANCISCO EVALDO DE OLIVEIRA
CRM: 6226

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"

Paciente: **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO**

Idade: **22 anos, 11 meses e 24 dias**

Sector: **EMERGENCIA 24H - ADULTA**

Solicitante: **CLAUDIO CESAR R CASTRO**

Atendimento: **5166410**

Pedido: **2201205**

Prontuário: **71921328** www.hospitalregionalunimed.com.br

Status/Sexo: **U / M** Av. Visconde do Rio Branco, 4.000

Data do Exame: **05/02/2017** 60055-172 Tauape, Fortaleza - CE

Ac.Number: **2630362** T (85) 3277-7000

Data Nascimento: **08/02/1994** F. (85) 3277-7124

RAIO X - PERNA ESQUERDA

LAUDO:

- Fraturas oblíquas com componentes cominutivos no terço proximal da tíbia, incluindo platô tibial.
- Pequeno desnivelamento do platô tibial.
- Fíbula conservada.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 SET 2017
ASS: 

Dr(a). FRANCISCO EVALDO DE OLIVEIRA
CRM 6228

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico

Policlínica
Unimed
Vale do Jaguaribe



Rua Cel. Antônio Joaquim, 1421
Tel.: (88) 3423-6479 / 3447-6640 / 3447-6641
CEP 62.930-000
Limoeiro do Norte - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA: FARMÁCIA

2ª VIA: PACIENTE

Nome Completo: Fernando A. Carrari

CRM 11450 UF CE Nº 1

Endereço Completo e Telefone: Av. ...

Cidade: Limoeiro do Norte UF: CE

Eduardo de A. Carrari
Traumatologia Ortopedia
CREMEC 11.450

Paciente: ITALO HELMIO DE OLIVEIRA

Endereço: BITTO MA DIN

Prescrição: USO ORAL

① LABORATO DE (SONG) - 500
TRAMADOL

TORAR 01 COMBIO ATE

08/08 HORAS EM CASO DE DOR F.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

de _____ de 20 _____

Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 SET 2017

ASS: _____

10



VALEIMAGEM
CLÍNICA DE IMAGENS

Paciente ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Médico LUIZ LOPES LIMA
Data 05/05/2017
Formulário 47715

RX PERNA E JOELHO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

LAUDO RADIOLÓGICO

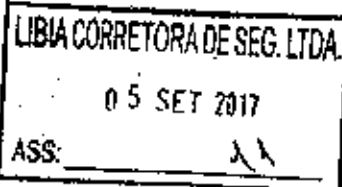
Fratura comprometendo a região proximal da tibia com extensão a superfície articular do platô tibial, tratada cirurgicamente com placa e parafusos metálicos de osteossíntese, evoluindo com irregularidade dos côndilos medial e lateral, mas mantendo boa congruência entre os fragmentos ossos.

Fêmur, patela e fíbula com estrutura óssea conservada, não se observando modificações de forma nem de contorno.

Articulações fêmoro-patelar e do tornozelo com superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles normais


DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MÉDICO RADIOLÓGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR



Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita.

HAMILTON

Paciente ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO
Médico LUIZ LOPES LIMA
Data 08/03/2017
Formulário 44730

RX JOELHO E PENA ESQUERDOS (AP/P)

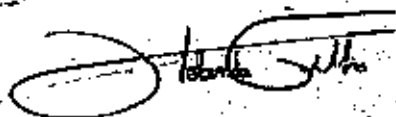
LAUDO RADIOLOGICO

Placa e parafusos metálicos de osteossíntese, para tratamento de fratura do platô tibial, com irregularidade tanto da superfície articular do côndilo-tibial medial como lateral, especialmente com afundamento do côndilo lateral e se estendendo a região diafisária tibial proximal, apresentando no entanto boa congruência entre os vários fragmentos ossos.

Fêmur, patela e fíbula com estruturas ósseas conservadas, não se observando modificações de forma nem de contorno.

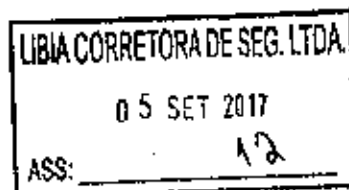
Articulação fêmoro-patelar e do tornozelo com superfícies e espaços articulares íntegros.

Pequeno derrame articular na bolsa suprapatelar.



DR. JOSE HOLANDA MAIA FILHO
MEDICO RADIOLOGISTA - CRM 5703
MEMBRO TITULAR DO CBR

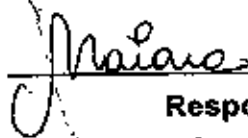
HAMILTON



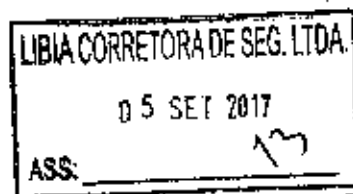
Todo exame deve ser guardado para futuras comparações. Traga-o consigo na próxima visita.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos, que o Sr.(a) **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO** esteve internado neste hospital do dia, **06/02/2017** até **09/02/2017** sob cuidados do médico(a) **LUIZ LOPES LIMA**



Responsável
Fortaleza, 04/08/2017



Hospital Regional

Unimed

Fortaleza



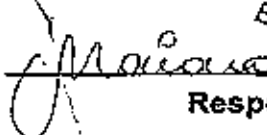
UNIMED FORTALEZA - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Av. Visconde do Rio Branco, 4000 - Fone: (85) 32777729

Fortaleza - Ce.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos, que o Sr.(a) **ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO** recebeu atendimento médico, em **05/02/2017**, sob os cuidados do medico (a) da urgencia.


Hospital Regional
Unimed Fortaleza
Emergência 24 horas
Responsável
Fortaleza, 04/08/2017

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
05 SET 2017
ASS: 

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO			
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 936661280	NOME ITALO MELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO		
			
	DOC. IDENTIDADE (CPF, PASSAPORTE, ETC) 3006030045195. 88P89. CE		
	CPF 066.341.133-51		
936661280	DATA DE NASCIMENTO 08/02/1994		
	PLACAO ANTONIO-FERNANDO DE OLIVEIRA RIBEIRO MARIA MONYCA DE OLIVEIRA RIBEIRO		
	PERMISSAO CONDUTORA	ACE CONDUTOR	CC. PIS. AB
	Nº REGISTRO 05804146275	VALIDADE 21/03/2019	PUBLICACAO 10/06/2013
936661280	COMPROVACAO 		
	Assinatura Italo Antonio de Oliveira Ribeiro		
	LOCAL ALTA FLORESTA, MT		
	DATA DE EMISSAO 01/07/2014		
NUMERO DE IDENTIFICACAO 80406106343 87616833415			
DETRAV. M. J. MATO GROSSO			

LIBIA CORRRETORA DE SEG. LTDA.
05 SET 2017
ASS: _____

Documentos de identificac:



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007097078619 DATA DE EXPIRAÇÃO 02/09/2015

NOME MARIA EMANUELE DOS SANTOS NATIAS LOPES

RELACÃO MANOEL NATIAS DA CRUZ

IVANETE FRANÇA DOS SANTOS NATIAS

NATURALIDADE TABULEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 02/03/1985

DOC. 00000000000000000000000000000000

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO-REGISTRO CIVIL TERMO: 7028 FOLHA: 268

LIVRO: 16 LINDEIRO DO NORTE - CE

CPF 014.194.863-05

ASSINATURA DO DETENTOR

P.: 156

PROIBIDA FALSIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS





Polegar Direito

Maria Emanuele dos Santos Natias Lopes

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 SET 2017

ASS: 25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013126529924

VIA COD RENAVAM RNTRE EXERCÍCIO
CRDD 01 1114615754 0000000000 2017

FRANCISCA MONICA DA CRUZ
LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF/CNPJ PLACA
04528038374 PMK6722

PLACA ANT/UF CHASSI
9C2JB0100HR203016

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/BAO/APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/POP 110I 2016 2017

CAP/POT/CIL CATEGORIA CDR PREDOMINANTE
2P/OCV/109CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
F** - - - - - + + + + + 7 5 3 - - - - -

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
1 SEGURO OBRIGATÓRIO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
LIMOEIRO DO NORTE 07/04/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
OU MOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU A OBRIGATORIO SEGURO DPVAT

CE Nº 013126529924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 07/04/2017

VIA CPF/CNPJ PLACA
01 04528038374 PMK6722

RENAVAM MARCA/MODELO
1114615754 HONDA/POP 110I

ANO FAB CATE. ANO CHASSI
2016 09 9C2JB0100HR203016

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

DESBACHANTE
LOTE/DOC 134054702
MOTOR JBC1E0H202777

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

DUT



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
05 SET 2017
ASS: 16

Outros



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REINTEIRO 2007630225 - 4 DATA DE EMISSÃO 11/08/2010

NOVE FRANCISCA MÔNICA DA CRUZ

FRANÇO MANDU FRANCISCO DA CRUZ

FRANCISCA EUDA DA SILVA

NATURALIDADE: SENADOR POMBU - CE DATA DE NASCIMENTO 27/06/1991

DOE ONDE: CERI NASCIMENTO - CARTÓRIO REGISTRO CIVIL TERMO: 1541 FOLHA: 290 LIVRO: 4-02 QUIETISMO - CE

LEI Nº 7.116 DE 28/04/83

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 SET 2017

ASS: ✓

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polígrafo Dielto

Carteira de Identidade

ASSINADO POR: [Assinatura]

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 045280383-74

Nome FRANCISCA MÔNICA DA CRUZ

Nascimento 27/06/1991

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170487374 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO **Data do acidente:** 05/02/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170487374 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO HELANIO DE OLIVEIRA RIBEIRO **Data do acidente:** 05/02/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA DE SUPORTE.EVOLUIU COM DEFICIT DA EXTENSÃO MÁXIMA , CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EDEMA ARTICULAR E CLAUDICAÇÃO LEVE NO MEMBRO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Italo Helânio de Oliveira Ribeiro brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Sítio Maria Dâs, nº 514, bairro Limaia, Município de Limaia do Norte, Estado de (o) CE, Cep: 62.930.000, portador(a) do Rg nº 2006030045185, SSP/CE e CPF nº 066.341.133-51.

Outorgado: Maria Emanuel de Santa Matos Lopes brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Agricultora, residente e domiciliado(a) à Rua F. C. Holanda, nº 1034, bairro Limaia, Município de Limaia do Norte, Estado de (o) CE, Cep: 62.930.000, portador (a) do RG nº 0002097078, SSP/CE e CPF nº 014.196.863-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Italo Helânio de Oliveira Ribeiro, ocorrido em 05.09.2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Limaia do Norte, 29 de agosto de 2016/2017.



Italo Helânio de Oliveira Ribeiro

Outorgante

CPF nº 066.341.133-51

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)

Italo Helânio de Oliveira Ribeiro

Dou Fé.

Limaia do Norte, 29 de AGO, 2017.

Em 29 de AGO, 2017.

Neziza Quendo Pontes - Tabella

Cruz Lopes Nogueira - Escrevente Autorizada

Cleide Lopes Nogueira - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

