



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Juazeiro do Norte  
Processo: 00535052320178060112  
Classe do Processo: Contestsão  
Data/Hora: 03/09/2021 13:27:24

**Partes**

Solicitante: Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro - Dpvat

**Documentos**

Petição: 2666124\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2666124\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 1-32.pdf  
Documentação: 2666124\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 33-65.pdf  
Documentação: 2666124\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 66-67.pdf  
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO\_SU  
PERVISAO\_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 00000068986-2

---

Nr. da Autenticação 3221783DE395F220

## **PROCURAÇÃO PARTICULAR**



-0025-

## OUTORGANTE:

Nome: Deymison Bruno da Sileta Souza, brasileiro(a), estado civil: Solteiro.  
Profissão: Estudante, portador(a) do RG 2008322225, órgão expedidor SSP-CE.  
e do CPF: 611.935.69342 residente no(a) Rua das Dálias  
nº 364, bairro: Salviano, município: Pereiro de N'Orfeu

**OLITORGADO:**

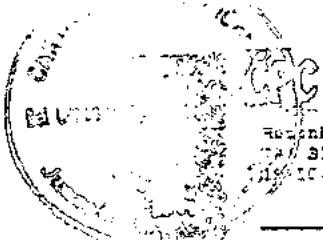
Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado  
Profissão: Recuso Informar, portador(a) do RG CNH:03399605027 órgão expedidor Detran-CE  
e do CPF: 968.453.503-10, residente no(a) Avenida Sebastião Mariano da Silva  
nº 653, bairro: Tiradentes, município: Juazeiro do Norte / CE.

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

15% OFICIO

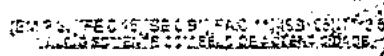
~~X Ocupação Branca na Serra Farta~~

**Assinatura do eutórgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)**



**CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO**  
Rod. BR-101 KM 100, Bairro Centro, P.O. 63000-000  
Belo Horizonte - MG  
Fone: (31) 3222-1000  
  
Reconheço (PGP AUTENTICIDADE) a firma do: DEYNIVSON BRAVO  
SILVA SOUZA, DOU PE. Juizeteiro da Norte-Scam.  
01/07/2016

ສະຖາປະການ ພົມວິດີ



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170020607      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA      **Data do acidente:** 09/09/2016      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** AUMENTO DE VOLUME, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

0007\*

**PROTECA FEDERAL**

RECIBO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

**BETHAN - CE**

**012674471249**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA - C.R. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO -  
CONTROLE 035868400 000000000000 2016

**NOME:** MARCOS SILVA SOUZA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
**UF:** GUARUJA DO NORTE/CE

- CPF / CNPJ - PLACA -  
04572195307 HMW4266

- PLACA ANTO/UF - CHASSI -  
\*\*\*\*\*/CB 9C2KC08104R095514

- ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL -  
PAS/MOTOCICLO/NRO APIIC GASOLINA

- MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN KS 2004 2004

- CAP / POT / GIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2P/DCV/149CC ALUGUEL LARANJA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	*****	1º ISENTO
P	*****	2º CONE
V	FAKA IRVA	PARCELAMENTO / COTAS
A	*****	3º CERT

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
236.75 1.11 292.01 13/06/2016

OBSERVAÇÕES:  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL - DATA -  
JUZEITRO DO NORTE 09/08/2016

VALOR TOTAL DA PRESTAGEM: R\$ 292,01  
VALOR PAGO: R\$ 292,01

**MBM**  
**SEGURADORA**

02 JAN. 2017

**DPVAT**

PROTECA FEDERAL  
RECIBO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

**CE NO 012674471249 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurado.com.br](http://www.dpvatsegurado.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1234

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2016 - 09/08/2016

VIA - CPF / CNPJ - PLACA -  
01 04572195307 HMW4266

RENAVAM - MARCA / MODELO -  
835868400 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. - DAT. ANTE - CHASSI -  
2004 09 9C2KC08104R095514

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

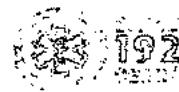
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04	1.34	143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR PAGO (R\$)
4.15	1.11	292.01

PAGAMENTO - DATA DE OUTAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 13/06/2016

**SEGURO DE TALHER - DPVAT**  
 LOTE / DOC: 130615/28/000000000000  
 MOTOR: KC08E1460564/jerolider.com.br

012674471249



Documentos de identificação

## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192-CEARÁ, prestou atendimento ao Sr. DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA, portador do RG Nº 2008322225-6 e inscrito no CPF sob o Nº 611.435.693-42, no dia 09/09/2016 às 20h49min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Padre Cícero. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para a UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 13 de outubro de 2016

Atenciosamente,

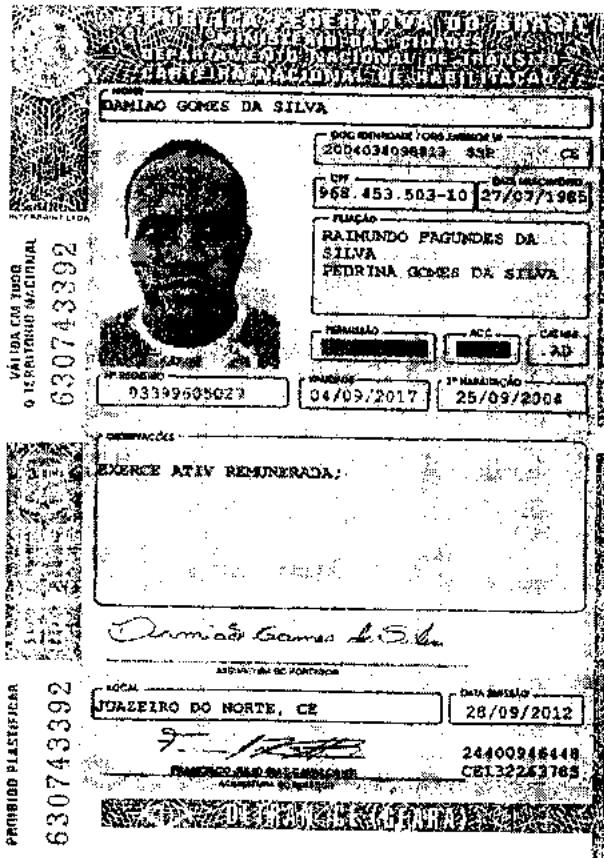
MARIA DAS GRAÇAS TORRES  
Assessoria Executiva  
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ  
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061  
E-mail: samu.ceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br  
Ouvicidoria do SAMU: ouvidoria.samuece1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



Comprovante de residência





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **968.453.503-10**

Nome da Pessoa Física: **DAMIAO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **27/07/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

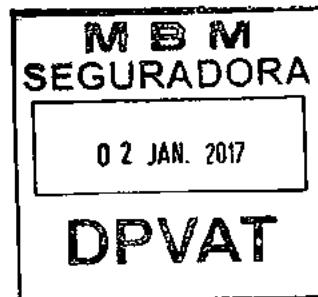
Comprovante emitido às: 14:04:14 do dia 03/11/2016 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: **368D.0F72.9FD8.CA4B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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





-0008-

implantação

**UPA 24h Juazeiro do Norte**

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

**75910**

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

**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Data: 09/09/2016 Data de Saída: 09/09/2016  
 Hora: 22:37 Hora de Saída: 22:37

**Paciente**

Nome: 51842 DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
 Responsável: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
 Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA  
 Endereço: RUA DAS DORES , 361, SALESIANO - JUAZEIRO DO

Nasc: 18/09/1998 Idade: 17  
 Telefone: (88) 98827-4023 Celular: ( )  
 CEP: Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: 160733945600018 Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:  
 Trabalho: Validade da Carteira:

Autorização:  
 Último Pago:

**Convênio**

Convênio SUS Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

vítima de acidente automobilístico, com leves escoriações difusas e dor em punho esquerdo

**Antecedentes Médicos****Exame Físico**

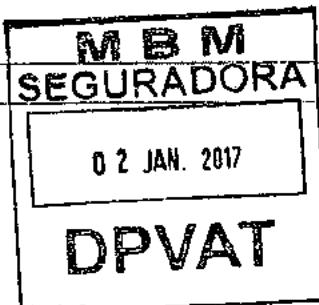
leves escoriações difusas e edema leve em punho esquerdo

**Exames Complementares****Conclusão Diagnóstica****CID-10 Y435**

acidente automobilístico

**Tratamento**

voltarem, rx



Dr. Leonardo Tavares  
 FRANCISCO LEONARDO TAVARES  
 CRM: 8756 / CE

**Diretor Médico**

# **Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas**

## **Clínica Médica - Cirurgia Geral**

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

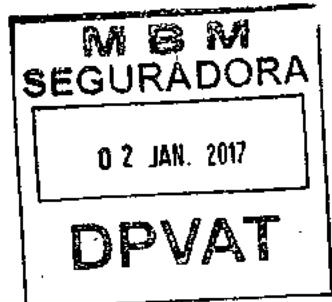
A festo pelo os devidos fins  
que Deyverson Bruno de Souza  
Silva sofreu acidente de ve-  
to no dia 09/10/2016 que re-  
sultou em profundo prejuízo  
e do seu esplendor. Pelo seu  
fratamento (cirurgia e  
fisioterapia) esse alto te-  
mperador, porém apresenta  
segundo morro Clini-  
cal de 60%. Se movimen-  
to do punho esplendor.

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

16/12/2016.

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

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

## BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 49728

Registro: 3580

Data/Hora: 15/09/201 08:46

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA

Nasc: 18/09/1998

RG: 2008322226

CPF: 611.435.693-42

Sexo: Masculino

Idade: 17 anos, 11 meses e

Endereço: RUA DAS DORES

Nº 361

Bairro: SALESIANOS

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

UF: CE

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Fone: 88988274023 - 0

Profissão: NENHUM CBO

Atendente: SILVANYFERREIRA

Tipo de Acomod.: Enfermaria

Bloco: POSTO II

Quarto: 09

Leito: 2

Médico Responsável: 009048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

História Clínica ou resumo:

Exames complementares:

Diagnóstico:

( ) Agudo

( ) Crônico

Tempo de Evolução

( ) Meses ( ) Anos

Previsão de Alta: / /

Hora:

Curado ( )

Transferido ( )

Trat. Ambulatorial ( )

Melhorado ( )

Óbito: \_\_\_\_\_

Indisciplina ( )

Causa: \_\_\_\_\_



Rosangela da S. Souza  
Paciente/Responsável

Médico Solicitante



# HISTÓRIA DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

NAME. WILLIAM J. COOPER

Quarto:

RG:

DATA	PREScrição MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO MÉDICA
15/11/109	Dol. crv 500mg EV Tensão 12 EV de 6h da 500	08 02 08 04 06	Faz exames
16/11/109	+ ARD EV de 12h da 500	08 04 06	Tensão
16/11/109	Dol. crv 500mg EV Tensão 12 EV de 6h da 500	08 04 06	Exames
16/11/109	Dr. Weydson Basilio dos Santos Ortopedia - Traumatologia CRM / CE 9048	00 00 00 00	Dr. Weydson Basilio dos Santos Ortopedia - Traumatologia CRM / CE 9048
16/11/109	Alta Dr. Weydson Basilio dos Santos Ortopedia - Traumatologia CRM / CE 9048		
	M B M SEGURADORA 02 JAN 2017 DPVAT		



**HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI**

**FICHA DE ANESTESIA**

Nome do Paciente:	Deymison Barroso da Silva Souza	Nº do Registro:	49228
Idade:	17 anos	Data:	15/9/16
Convênio:	Pref. de J. M. Bez.	Leito:	
Cirurgião:	Dr. Wellington	Anestesista:	Dr. Wellington Faro

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

1540

1640

0740

10	15	30	45	11	15	30	45	12	15	30	45	13	15	30	45	14	15	30
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

A G E N T E S	N2O																	
	O2																	

Líquidos Venosos																		

PA V  PULSO • 	5.F - S.G -																	
	240																	
	220																	
	200																	
	180																	
	160																	
	140																	
	120																	
	100																	
	80																	
	60																	
	40																	
	20																	
Expon.																		
Assist.																		
Contra.																		

M EXIM  
SEGURADORA

02 JAN. 2017

AGENTES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	DPVAT
A. Alveolar/orofaríngea - 20 doses	Via aérea via pmp - Glossofaringeal	1 - Vias obstruídas	
B. 11 d. 55/02 - 10 ml	Bal. - Tamp - Calibre do tubo	2 - Vias totais obstruídas	
C. Cefalotina - 1g - 2 FA	Sob máscara	3 - Contraste de P.A.	
D. D. D. - 10 ml - 2 esp	DIFÍCILDE TÉCNICA	4 - Período de seco	
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS	CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA		
5.F - 500ml - DIF	DIFÍCILDE TÉCNICA		
5.G - 500l - DIF			
TOTAL 1000ml	TEMPO DE ANESTESIA 70'		
OPERAÇÃO		Laringo - Espasmo - Excesso Seco.	Homorragia - Arritmia

## PRE-ANESTÉSICO

Nome	<i>Dayanara Bruna da Silva Souza</i>			Reg.
Sexo	<i>M</i>	Idade	<i>17</i> Anos	Pesô
Alt.				Clinica
Diag. Pré - Op.				
Cirurgia Proposta	<i>Redutor de fios de sutura</i>			
Anest. Ant.				
Alergia	<i>Não</i>			
Fumo Tempo - Quant.	<i>Não</i>			
Drogas em uso - Doses	<i>Não</i>			
Estado Mental	<i>Lacrimando</i>		Tipo de Sangue	
Boca			Pescoço	
PA.	<i>120x80 mmHg</i>	F.C	<i>71</i>	P脉
Ap. Resp.				
Ap. Circ.	<i>C.15</i>			
Ap. Gen - Uri	<i>Silva G</i>			
S. Nervoso	<b>M B M</b> <b>SEGURADORA</b> <i>02 JAN. 2017</i> <b>DPVAT</b>			
S. Endocrino				
Exs. Compl.4				
Est. Físico(asa)	Anest. Proposta <i>Blayme Silveira</i> Assinatura <i>Blayme Silveira</i>			
<b>PÓS - ANESTÉSICO</b>				
Sala de Recuperação		Enfermaria		
Data - Hora	Data - Hora			
Assinatura		Assinatura		
Obs.:				



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Paciente: DEVINSON BRUNO DA SILVA SOUZAConvênio: DREF DE JUAZEIROCirurgia: FIXO limfático de fratura de Punho esquerdoData: 15/09/2016Anestesia: Inicio: 15:40hs Fim: 17:40hsMédico: Dr. WAYDSON (Percutâneo)

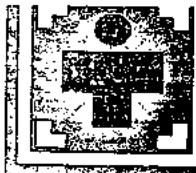
Material	Taxa de Sala		Sol./Medicam./Anestésicos	
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial	Adrenalina	AMP
Álcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora	Água Destilada 10ml	AMP
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas	Água Destilada 1000ml	TB
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas	Áqua Oxigenada	ML
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas	Álcool Iodado	30 AMP
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Acima 05 horas	Aminofilina	AMP
Aguilha Peridural 180G	UN		Aramam	AMP
Aguilha Raqui 26 e 27	UN		Atropina 0,25mg	AMP
Aguilha Stimuplex	UN	Fios Sutura	Bicarbonato de Sódio	AMP
Atraclip	UN	Aciflex N°	Brevibloc	AMP
Azul Metílico	UN	Ethibond N°	Clonidin 150mcg	AMP
Atadura de Crepon <u>15G</u>	UN	Monocryl N°	Decadron 4mg (Dexametasona)	AMP
Bola de algodão	UN	Monocryl N°	Difenidrin	AMP
Band-Aid	UN	Mononylon N°	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP
Cânula Endotraqueal	UN	Mononylon N°	Dolosal 100mg	AMP
Cateter Jelco	UN	Mononylon N°	Dormonid 15mg	AMP
Cateter Oxiênio	UN	Policot N°	Droperidol	AMP
Clamp Umbilical	UN	Prolene N°	Efedrina 50mg	AMP
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	Efortil 10mg	AMP
Compressa Grande	UN	Serix Catgut Cromado N°	Esmeron 10mg/ml	AMP
Cotonete	UN	Serix Catgut Simples N°	Eter	AMP
Capa p/ Video	UN	Vicryl N°	Fenergan	AMP
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	Fentanest	FA
Dreno Tárex Biokit	UN		Fraxiparina 0,3 ou 0,6	AMP
Eletrodos ECG	UN		Glicose 25% ou 50%	AMP
Equipo-Artroscopia	UN	Equipamentos / Gases	Glutaron	MI
Equipo Sangue	UN	Ar Comprimido	Hr	Haemaccel
Equipo Soro	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml
Espadrado	UN	Bomba Infusão	UN	Hidrocortisona
Escova PVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 50%
Faixa Smarch	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval
Formol líquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano
Gaze Alcochoada	UN	Intensificador/ Imagens	UN	Kanakin
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	Hr	Ketalar 50mg/ml
Gaze Vaselinada	UN	Oxigênio	Hr	Lanexat 0,5mg
Gel Condutor	Gr	Oxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemida)
GORRO desc.	UN	Aspirador	Hr	Methergin
Hemodreno-Nº	UN	Aparelho de video		Nalorfina
Intracath	UN			Narcac 0,4mg
Irrigafix	UN			Naropin
Lâmina Bisturi	UN	Antibiótico		Nauseadron 4mg
Luvas Cirúrgicas <u>7,5</u>	UN	Cefazolina Ig	FA	Neocaina CV 0,5%
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	FA	Neocaina Pesada 0,5%
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	FA	Neocaina SV 0,5%
Micropore	UN	Garamicina 80mg	AMP	Novabupi-CV 0,5%
Povidine <u>desgermante</u>	UN	Keflin Ig (Cefalotina)	FA	Novabupi SV 0,5%
Propés desc.	UN			Novabupi 0,75 CV
Prestorbarba	UN			Novabupi 0,75 SV
Scalp n°	UN	Equipe		Novalgina 500mg/ml (Dipirona)
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: Dr. Waydson		Nubain 10mg
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxilio I: <u>Ricardo</u>		Óleo de Canola
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxilio II:		Omeprazol 40mg
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador:		Orastina
Seringas desc. 50 ml	UN	06 - Anestesista: Dr. Picanço		Pancuron
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon
Sonda Folley 2V N°	UN	08 - Circulante: <u>Helvécia</u>		Piasil 10mg
Sonda Folley 3V N°	UN			Propofol 1% e 2%
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg
Sonda Uretral N°	UN			Quelicin 100mg
Torneira 3V	UN			Sevorfurano
Transfix	UN			FR
Tala Gessada MS				
Tala Gessada MI				

Órtese / Prótese

ME M  
SEGURADORA

02 JAN. 2017

DPVAT



Paciente:

Convênio:

REG. N°

DIAGNÓSTICOS:

*Perereka Válvula + fratura  
fratura de ossos + ferida aberta  
de escoriação de ferida aberta*

CIRURGIAS REALIZADAS:

*Tiragem de sangue + RCP*

M B M  
SEGURADORA

02 JAN. 2017

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CÓDIGO AMB:

- 1) Perereka em gabinete suspeita de fratura + ferida aberta  
2) Triage + anestesia + perfusão  
3) Reintervenção ferida  
4) Sutura de ferida fechada

*20010121  
Sangue + epatocito  
epatocito  
epatocito*

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº REGISTRO  
3580

PACIENTE: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA IDADE: 17a 11m 28d

CONVÉNIO: PREF. DE JUAZÉIRO

MÉDICO: 9048 WAYDSON BASÍLIO DOS SANTOS

BLOCO: NÃO INFORMADO ACOMODAÇÃO: 09

LEITO: 2

DATA ENTRADA: 15/09/2016

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

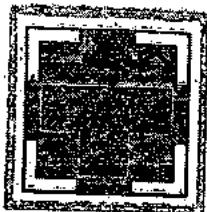
1.1 - PRESCRIÇÃO  
SORO FISIOLOGICO 500 ML

*Dr. Waydson Basílio dos Santos CRM-CE 8048  
Ortopedista - Traumatologista*

*C.F  
C.  
C.  
C.  
C.  
C.  
C.  
C.  
C.*



WAYDSON BASÍLIO DOS SANTOS  
9048  
15/09/2016 09:40:33



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Data: 15/09/2016

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

## EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

### 1 - EVOLUÇÃO

#### 1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE JOVEM 17 ANOS, ADMITIDO NESSA UNIDADE HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO, EM DIETA ZERO, SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS APRESENTA CRISES CONVULSIVAS, TOMA GARDENAL + TROPICAMARGO, REALIZADO AVP COM JELCO Nº: 20, EM SOROTERAPIA, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES, HIGIENE SATISFACTORIA, SE QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO.

P.A: 120X80 mmhg

T°: 36°C

R: 18 rpm

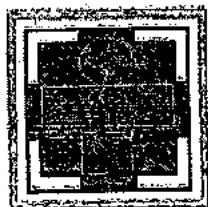
P: 78 bpm

AGUARDA CHAMADA PARA S.O.



SARA DIAS BARROSO  
COREN-CE-967402  
15/09/2016 09:41:06

Sara Dias Barroso  
Téc. Enfermagem  
COREN-CE 967402



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Data: 15/09/2016

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Carteira:

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Médico: 9048 WAYDSON BASÍLIO DOS SANTOS

## EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

### 1 - EVOLUÇÃO

#### 1.1 - DESCRIÇÃO

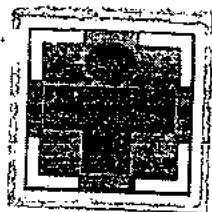
AS 14:30hs CLIENTE MENOR EM PRE DE PUNHO ENCAMINHADO PARA S.O.

AS 16:00hs CLIENTE MENOR RETORNOU DO S.O., APOS PRCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOTENSO, ACOMPANHADO, DIETA LIBERADA APOS EFEITO DA ANESTESIA, REALIZADO RX DE CONTROLE, AFERIDO A PA: 120X80mmhg, T: 35,7C, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



MARIA REGILANE SANTOS  
COREN-CE-966766  
15/09/2016 16:10:34

Maria Regilane  
Téc. em Enfermagem  
COREN-CE



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Data: 15/09/2016

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Carteira:

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

## EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

### 1 - EVOLUÇÃO

#### 1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE REFERINDO DOR, MCPM, EM REPOUSO NO LEITO, AFERIDO SSVV, RESPIRANDO AR AMBIENTE, SÉGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, EM REPOUSO NO LEITO.

PA= 11X8

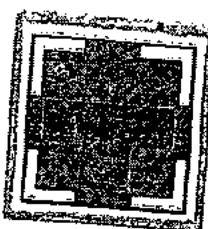
TEMP= 36.2°C

R= 20

P= 68.



MARTA MARIA NASCIMENTO DE  
COREN-CE-429032  
15/09/2016 22:20:14  
*[Signature]*



# HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
Convênio: PRF-PR

**Convênio:PRÉF. DE JUAZEIRO**

Médico: 9048 WAYDSON BÁSILIO DOS SANTOS

Data: 15/09/2016

### **Carteira:**

# EVOLUÇÃO TECNICO DE ENFERMAGEM

## 1.1 - DESCRIÇÃO

CLÍENTE JOVEM 17 ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O DE PUNHO ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLOGICOS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO.  
P.A: 110X80 mmhg  
T°: 36°C

T°: 36°C

R: 19 rpm

R: 79 rpm  
P: 69 rpm

APÓS VISITA MEDICA CLIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR



SARA DIAS BARROSO  
COREN-CE-967402  
16/09/2016 07:42:19

Sara Dias Barroso  
Téc. Enfermagem  
COREN-DF 967.402



HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS  
E FRATURAS DO CARIRI

Avenida Padre Cícero, KM 02 Bairro: Triângulo  
Juazeiro do Norte CE  
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517

NOME DO CLIENTE:		DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA		
EXAME SOLICITADO:		RAIOS X DO PUNHO		DATA 15/09/2016
MÉDICO:	WAYDSON	CRM:	9048/CE	CONVÊNIO PREFEITURA



Fratura da extremidade  
distal do rádio



DR. EDUARDO LOPES  
CRM: 721 - CPF 001.010.333-72

DR. EDUARDO LOPES  
CRM: 721



# Dr. Jofrânia Bandeira F. de Caldas

**Clínica Médica - Cirurgia Geral**

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

A festo poro os devidos fuis  
que Deyvilyson Brumachon Silve  
Gonzo rapou ali dentro de uco-  
to ugo dia 09/09/2016 que ri-  
nholou seu profuro do punclo  
e do uco esquendo. Reubeu  
tratamento (cirurgia) Je-  
sicoferopio com alto te-  
ficitivo, porém operecto  
regato ucoforo Clini-  
calost de 60% do ucoimpo-  
to do punclo esquendo.

Dr. Jofrânia F. de Caldas  
Médico  
CREMEC - 6795

16/12/2016.

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

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332





+0006+

# Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

## Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

### Relatório médico

#### O paciente Denizson

Bruno do Silva sofreu  
acidente de moto no dia  
09/09/2016 que resultou  
em fratura do punho esquer-  
do com deslocamento. Recebeu  
tratamento com immobilização  
na mão erguerço e cirur-  
gia - ortoprotetica - punho  
(esquerdo). Acurto regre-  
lo limitado de 60% do  
movimento do punho es-  
querdo). Recebeu alta clí-  
nica no dia 12/01/2017.

M B M Dr. Jofrânio B. F. de Caldas  
SEGURADORA MEDICO  
CREMEC: 6795

03 MAR. 2017

21/02/2017  
Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil

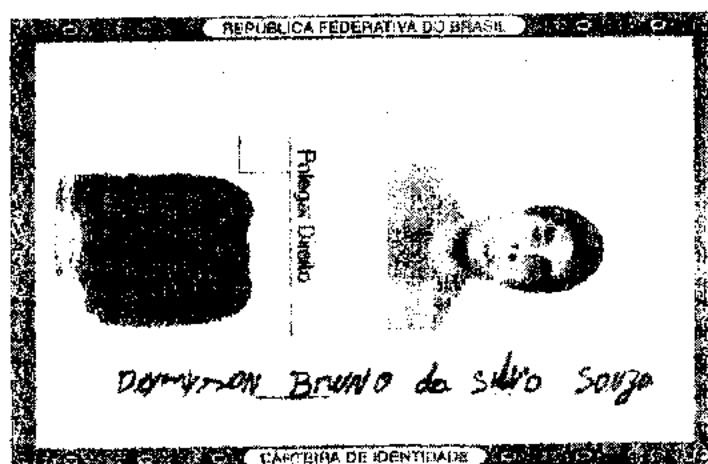
Anexo Laboratório Vidal Almeida

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332



"0012"

Comprovação de residência



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO NÍVEL	2008327725 - 6
	DATA DE EXPIRAÇÃO
DENEYSON BRUNO DA SILVA SOUZA	
PESO/AÇÃO CICERO DE SOUZA	
ROSÂNGELA DA SILVA SOUZA	
NATURALIDADE JUAZÉPIO DO NORTE - CE	DATA DE Nascimento 18/09/1998
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEUE TERMO: 83115 PULHA: 140V LIVRO: 157/LA NOME: JUAZÉPIO DO NORTE - CE CPF: 611.435.693-42	
1 VIA	
ASSINATURA DO REGISTRO	
LEI N° 7.116 DE 29/06/80	





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **611.435.693-42**

Nome da Pessoa Física: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**

Data de Nascimento: **18/09/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/07/2012**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:37:48** do dia **03/11/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5BBE.94D3.A6A8-AA18**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

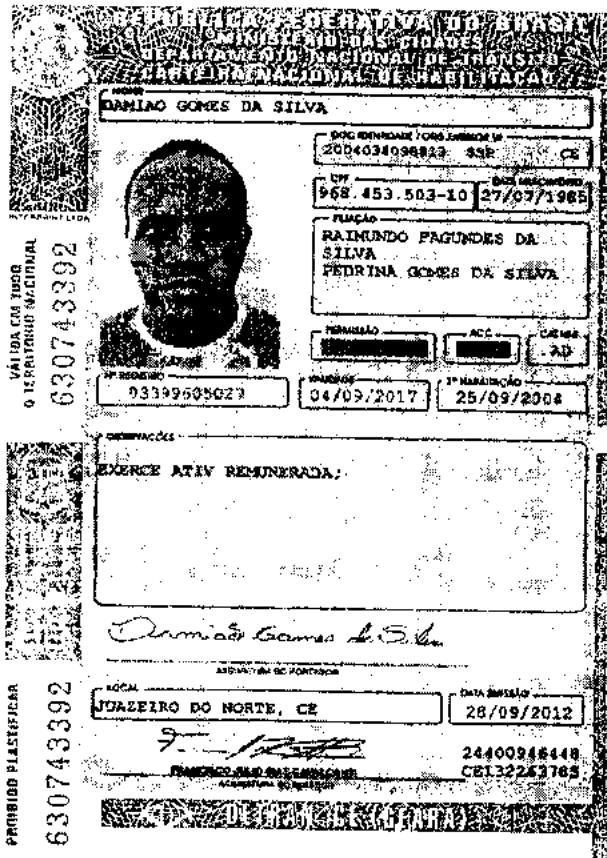
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





Comprovante de residência





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **968.453.503-10**

Nome da Pessoa Física: **DAMIAO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **27/07/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

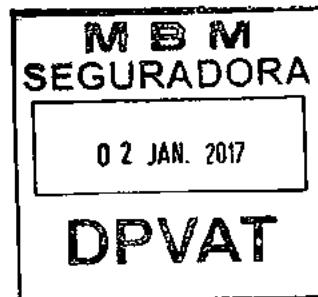
Comprovante emitido às: 14:04:14 do dia 03/11/2016 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: **368D.0F72.9FD8.CA4B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

31701020607

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,

PORTADOR(A) DO RG Nº

EXPEDIDO POR

SSP-EE

EM 05/09/12 E

CPF
691435693-40 /CNPJ
00000000-0000-00, PROFISSÃO
Estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ 5.000,00\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jeymyson Bruno da S. Souza, 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 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 Lotéricas 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](http://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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO
104
Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)
0032
Nº da CONTA (com dígito, se existir)
68986-2

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

J. do Norte-E. 04 de Abril de 2014  
LOCAL E DATA

Jeymyson Bruno da Silva Souza  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. JUAZEIRO DO NORTE  
DATA: 29/03/2017 HORA: 14:04:21  
TERMINAL: 00321033 CONTROLE: 003210330211

AGÊNCIA: 0032 - JUAZEIRO DO NORTE  
CONTA: 013.00068986-2  
CLIENTE: DEMYSON BRUNO DA S SOUZA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, **DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**, portador(a) do RG nº **2008322225-6**, expedido por **SSP-CE**, expedido em **05/09/2012**, CPF nº **611.435.693-42**, na qualidade de favorecido(a) beneficiário(a), venho perante a este instrumento, declarar que não posso comprovante de residência 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)	das Dores
Número	361
Apto/Complemento	
Bairro	Salesianos
Cidade	JUAZEIRO DO NORTE
Estado	Ceará
CEP	63.050-215
Telefone	(88) 3572-0398
e-Mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Juaçá - CE 02.01.2017  
Local / Data

Deymyson Bruno da Silva Souza  
DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA







-0015-

Impressão

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damião Gomes da Silva,  
CNPJ:  
RG nº 03344605027, data de expedição 25/01/74, Órgão DETNA - CE

CPF nº 968.453.503-10, 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)	AJ. SEBASTIÃO MARCOS DA SILVA
Número	653
Apto / Complemento	
Bairro	TREPENTES
Cidade	JUAZINHO DO NORTE
Estado	CEARA'
CEP	63031-590
Telefone de Contato	(88) 99981-8213
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZINHO DO NORTE-CE 02.01.2012

Assinatura do Declarante: Damião Gomes da Silva



Nº DO CLIENTE	7203961-2
Para utilizar para atendimento, utilize o nº acima para que entrar em contato com a gente.	

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 28 de abril de 2002.  
Companhia Energética do Ceará  
Av. Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-060 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.042261/0001-70 | CGF 06.103.843-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 453139561

Rota 05 13000 11 064822 - 0 Data de Emissão 18/11/2016

Nome TATIANA DA SILVA FERREIRA

End. Postal AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653  
TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 2731180 Posto 0000 0000

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

RG / CPF / CNPJ 067460033-96 CGF

Nome do Responsável

DADOS			INFO. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês do Referiente	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Usado a legenda: JUAZEIRO DO NORTE					
Nov/2016	10/11/2016	12/12/2016	Set/2016	S/2016	EUSD	14,82		
			DIC	0,03 P				
			FIC	0,03				
			DMIC	0,03				

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Conct.	Consumo (kWh)	Conc. Incl.	Conc. Fst	Conc. Tarife (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1526	1373	1,03	153	0,03	30	0,2644	7,99

18/11/16 | 11/10/16 | 30 DIAS | 153 | 70,55

DESCRICAÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	70,55
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,04
MULTA MORATÓRIA REF 10/2016	1,65
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,07
JUROS DO MES	0,40
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL	16,49
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,22
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,75 )	

VENCIMENTO	TIPO DE PAGAMENTO
18/12/2016	PIX

COMPOSTO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (ultimo 12 meses)											
Consumo .....	29,59												
Transf. ISSUE .....	0,76												
Distribuição .....	16,94												
Encargos Estatutários .....	5,34												
Tributos (ICMS PIS/COFINS) .....	35,92												
TOTAL .....	82,81												
		122	153	152	118	131	121	141	133	116	105	79	155
		RED	Row	Out	Set	Agosto	Jul	Jun	May	Apr	Mar	Fev	Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO2 (kg/kWh)		HISTÓRICO DE CONSUMO (ultimo 12 meses)	
Comprimento seu emitido pelo consumo de energia elétrica			
Emmitido kg (CO2)	Compensado kg (CO2)	Ocupância Ecologica (%CO2)	

66,13 | 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO		DEBTOS ATÉ AQUI	
Prévio Aviso		Resg. Antigo	Válida
(ATIVADO) DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA		12/2016	99,53
Prévio Aviso, constata-se nosso controle conta(s) em atraso.		Total	99,53
Esse é o datalímite da Debta. O não pagamento da dívida impõe			
ra possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias			
após a entrega deste, conforme Previsão na Res. AEEEL 414/16, Arts.			
172 c/c 173, bem como o uso das infrações nos CÓDIGOS DE PROTEÇÃO			
AO CRÉDITO E CUSTÓDIO DE PROTEÇÃO. Caso já tenha efetuado o pagamento,			
fazer desconsiderar o aviso.			

M B M  
SEGURADORA

- 02 JAN. 2017

DPVAT

Consta desta fatura R\$ 6,44 referente a PIS e Cofit/16.  
Refer. 9 Rev. 103/2016 - AEEEL 414-02 - 10.627-02 - 10.628-00.  
A bandeira para o mês de novembro e dezembro, com custo de R\$ 1,50 a cada 100 kWh  
(multa/100h) consolidada. Mais informações no site AEEEL.GOV.BR

Nº do Cliente 7203961-2 Rota/Cidade Nov/2016  
Data de Emissão 10/11/2016 Total a Pagar (R\$) 101,42  
Nº da Nota Fiscal 453139561 Nº do Controle 0007203961 82011 39162 81

8389320001-3 01420031000-3 60072039610-7 00113915231-1



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D



Eu, **DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**, portador(a) do RG nº **2008322225-6**, expedido por **SSP-CE**, expedido em **05/09/2012** e inscrito no CPF sob o nº **611.435.693-42**, residente e domiciliado à das Dores, 361, Salesianos, CEP: 63.050-215, JUAZEIRO DO NORTE - CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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.

Juaçá - CE 02.01.2017  
Local / Data



Deymyson Bruno da Silva Souza  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

**UPA 24h Juazeiro do Norte**

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



75910



CEP: 52.622.700 / 0001-046  
Telefone: (088) 34.22.1572

**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Data: 09/09/2016  
Hora: 22:37

Data de Saída 09/09/2016  
Hora de Saída 22:37

**Paciente**

Nome: 51842 DEMYSON BRUNO DÁ SILVA SOUZA

Responsável:DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA

Endereço: RUA DAS DORES , 361, SALESIANO - JUAZEIRO DO

Nasc: 18/09/1998 Idade: 17

Telefone:(88) 98827-4023 Celular: 11

CEP: ...

Natural: JUAZEIRO DO

**- Documento**

Mat/CNS: 160733945600018

Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

**Convênio**

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

vítima de acidente automobilístico com leves escoriações difusas e dor em punho esquerdo



comprovação do ato declaratório

**Antecedentes Médicos****Exame Físico**

leves escoriações difusas e edema leve em punho esquerdo

**Exames Complementares****Conclusão Diagnóstica**

CID-10 Y43E

acidente automobilístico

**Tratamento**

voltarem rx



Dr. Leonardo  
CRM: 8756

FRANCISCO LEONARDO GAVORA  
CRM: 8756 / CE

Diretor Médico



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

A standard linear barcode is positioned at the bottom right of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

JPVAT

Nº DO SINISTRO: 3160/702386

## CAMPO PREENCHIDO

SACURADORA

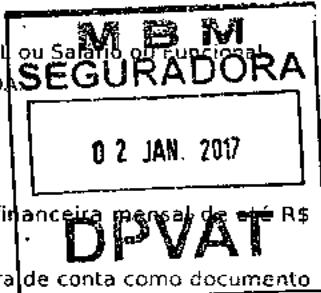
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**, PORTADOR(A) DO RG Nº 2008322225-6 EXPEDIDO POR SSP-CE EXPEDIDO EM 05/09/2012 E CPF 611.435.693-42, PROFISSÃO ESTUDANTE, CUJA RENDA MENSAL NÃO QUIS INFORMAR (\*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**, 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 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
  - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

**Nº DO BANCO** **Nº DA AGÊNCIA** (com dígito, se existir) **Nº DA CONTA** (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº DO BANCO **104** Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0032** Nº DA CONTA (com dígito, se existir) **68986-2**

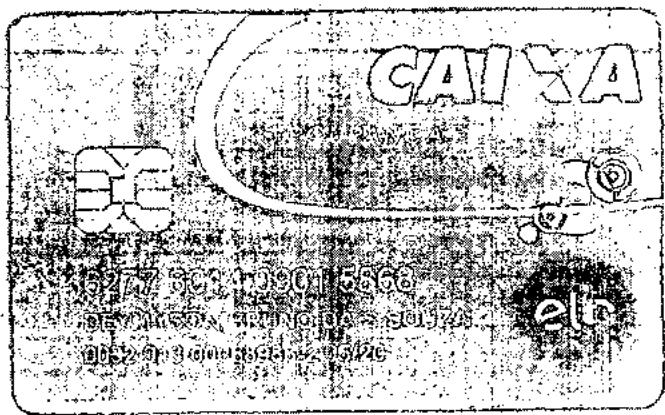
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J.º 00 NOME - C.º 02 de JANEIRO de 2016  
LOCAL E DATA

X Deymyon Bruno da Silva Souza  
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 médica-hospitalares.
  - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**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**

Nome do(a) Examinado(a): Deymyson Bruno da Silva Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua das Dores, 361  
Salesianos Juazeiro do Norte CE CEP: 63050-215

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20083222256

Data local do exame: [ 18/03/2017 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FX/LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.**

**AUMENTO DE VOLUME, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.**

- 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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto as observações (item V(\*)), se necessário

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

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. O PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.**

Data da alta: DEZEMBRO DE 2016.

**QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. AUMENTO DE VOLUME, DEFORMIDADE ÓSSEA, CICATRIZES IRREGULARES, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.**

Complicações: SEM.

- 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.

**DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA DEFORMIDADE ÓSSEA, BLOQUEIO DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
André de Oliveira Leal  
CRM 16566



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 15553 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 26/10/2016 16:42:56

Data / Hora da Ocorrência: 09/09/2016 20:40:00

Endereço da Ocorrência: RUA PADRE CICERO COM ALENCAR PEIXOTO

Complemento:

Bairro: CENTRO

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**

Nascimento: 18/09/1998 CPF:

RG: 2098322225-6 Orgão Emissor: SSP UF: CE

Filiação: ROSÂNGELA DA SILVA SOUSA  
CICERO DE SOUSA

Endereço: RUA DAS DORES, 361

Bairro: SALESIANOS

CEP:

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **MARCOS SILVA SOUZA**

Nascimento: 15/03/1977 CPF:

RG: 96005008420 Orgão Emissor: SSP

Filiação: MARIA PRECILIA DA SILVA SOUSA  
MANOEL JOSÉ DE SOUSA

Endereço: RUA DO ROSÁRIO, 941

Bairro: SALESIANOS

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

**M E M**

**SEGURADORA**

02 JAN. 2017 UF: CE

**DPVAT**

CEP:

Telefone: (88) 98805-9804

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HWU4266 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:  
9C2KC08104R095514 Renavam: 835868400 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca /  
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano Fabricação: 2004 Ano Modelo: 2004  
Combustível: GASOLINA Cor: LARANJA Proprietário: MARCOS SILVA SOUZA  
Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

Afirma o noticiante supra qualificado e advertido das penalidades dos artigos 340 e 342 ambos do C.P.B. que na data, horário e local acima referidos, vinha conduzindo o veículo supra cadastrado, tendo como garupeiro a vítima Deymyson Bruno da Silva Souza, instante em que um carro colidiu na traseira da moto ocupada pelo noticiante e pela vítima; QUE em virtude do tal acidente, a vítima obteve uma fratura no braço esquerdo, sendo que o noticiante nada sofreu; QUE a vítima recebeu o primeiro atendimento médico pelo SAMU, tendo sido depois socorrido para uma UPA nesta cidade; QUE não foi acionado o DEMUTRAN, tendo o condutor do carro se evadido do local; QUE possui CNH; QUE está recebendo guia de 1º de corpo de delito. E nada mais disse./////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

X Marcos Silva Souza



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 15563 / 2016

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*F-*  
RENNAN FRUTUOSO BEZERRA - MAT.: 300105-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Marcos Silva Sozinho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENI ROCHA PINTO - MAT.: 300593-1-X





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10434122

A/C: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170020607 ASL-0001292/17

Vitima: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Data Acidente: 09/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

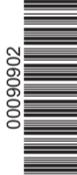
**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta nº: 10637329

A/C: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

**Sinistro:** 3170020607 ASL-0001292/17  
**Vítima:** DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
**Data Acidente:** 09/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DAMIAO GOMES DA SILVA

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.

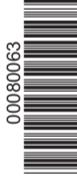
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

**Carta nº 10736467**

**A/C: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170020607 ASL-0001292/17  
**Vitima:** DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
**Data Acidente:** 09/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DAMIAO GOMES DA SILVA

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta n°: 10850443

A/C: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Sinistro: 3170020607 ASL-0001292/17  
Vitima: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
Data Acidente: 09/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

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: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000068986-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10327791

A/C: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170020607 ASL-0001292/17

**Vitima:** DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

**Data Acidente:** 09/09/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** DAMIAO GOMES DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

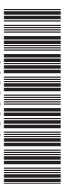
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.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

#### ATENÇÃO:

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10340239

A/C: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170020607 ASL-0001292/17

Vitima: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Data Acidente: 09/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **02/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



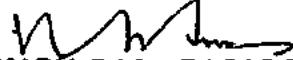


## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICA**, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**, portador do RG Nº 2008322225-6 e inscrito no CPF sob o Nº 611.435.693-42, no dia 09/09/2016 às 20h49min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Padre Cícero. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para a UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 13 de outubro de 2016

Atenciosamente,

  
MARIA DAS GRAÇAS TORRES  
Assessoria Executiva  
SAMU 192 CEARA



### SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: [ouvidoria.samu.polo1@samu.ce.gov.br](mailto:ouvidoria.samu.polo1@samu.ce.gov.br), Fone : (85) 3260-3797



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Deymyson Bruno da Silveira Souza, brasileiro(a), estado civil: Solteiro  
Profissão: Estudante, portador(a) do RG 2008322225, órgão expedidor SSP-CE.  
e do CPF: 611.935.69342 residente no(a) Rua das Dores  
nº 361, bairro: Sáceriano, município: Juazeiro do Norte - CE

### OUTORGADO:

Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado  
Profissão: Recuso Informar, portador(a) do RG CNH:03399605027, órgão expedidor Detran-ce  
e do CPF: 968.453.503-10, residente no(a) Avenida Sebastião Mariano da Silva  
nº 653, bairro: Tiradentes, município: Juazeiro do Norte / CE.

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

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 19/10/16

5º OFÍCIO

X Damião Gomes da Silva Souza

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO

Rua do Cruzeiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 62810-212 - Fone: (88) 3612-5210/ 3612-5266

CARLOS THÁDEU DE OLIVEIRA ROCHA - Presidente - SÓCIA DE DEUS - CIPVALDO ROCHA - DANIELLE CARVALHO DE OLIVEIRA ROCHA - Supervisora

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) à firma de: DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA, DOU EB. Juazeiro do Norte-Ceará,  
19/10/2016.

CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO

Rua do Cruzeiro, 432 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 62810-212 - Fone: (88) 3612-5210/ 3612-5266

CARLOS THÁDEU DE OLIVEIRA ROCHA - Presidente - SÓCIA DE DEUS - CIPVALDO ROCHA - DANIELLE CARVALHO DE OLIVEIRA ROCHA - Supervisora

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) à firma de: DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA, DOU EB. Juazeiro do Norte-Ceará,  
19/10/2016.





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: 09/09/2016  
 Hora: 22:37

Data de Saída 09/09/2016  
 Hora de Saída 22:37

**Paciente**

Nome: 51842 DEMYSON BRUNO DÁ SILVA SOUZA  
 Responsável:DEMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
 Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA  
 Endereço:RUA DAS DORES , 361, SALESIANO - JUAZEIRO DO

Nasc: 18/09/1998 Idade: 17  
 Telefone(88) 98827-4023 Celular: ( )  
 CEP: . . . Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: 160733945600018 Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:  
 Trabalho: Validade da Carteira:

Autorização:  
 Último Pago:

**Convênio**

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

**Queixas do Paciente**

vítima de acidente automobilístico, com leves escoriações difusas e dor em punho esquerdo

**Antecedentes Médicos**
**Exame Físico**

leves escoriações difusas e edema leve em punho esquerdo

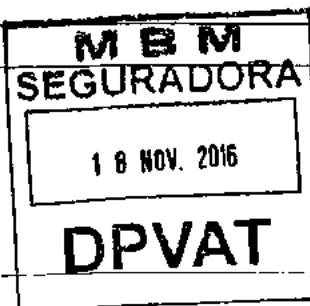
**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 Y435

acidente automobilístico

**Tratamento**

voltarem,rx



Dr. Leonardo Tavares  
 CRM: 8756 / CE

FRANCISCO LEONARDO TAVORA  
 CRM: 8756 / CE

Diretor Médico

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA Admissão: 09/09/2016 23:36  
 Pront.: 109687 Data Nasc.: 18/09/1998 Idade: 17 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) Tel.: 88 098827402  
 Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA  
 Sexo: Masculino RG: Municipio: JUAZEIRO DO NORTE  
 CEP Bairro: SALESIANOS  
 Endereço: RUA DAS DORES 361

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário: 09/09/2016 23:40  
 Queixa: DOR EM MSE APÓS QUEDA  
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
 Discriminador: DOR MODERADA  
 SatoU2:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO CRM: 11224 Nº: 340592 Horário: 09/09/2016 23:42  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: MEDICAÇÃO (ALTA APÓS MEDICAÇÃO)

Hipótese Diagnóstico: FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. SOFREU FRATURA FECHADA DE PUNHO ESQUERDO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MÃO E PUNHO DIREITO E ESQUERDO. JOELHO DIREITO, JOELHO ESQUERDO, COTOVELO DIREITO, HÁLUX DIREITO E REGIÃO DORSAL.

LOTE, GLASGOW 15. NEGA VÓMITOS, NEGA SÍCOPE, NEGA TRAUMA EM CRÂNIO(ESTAVA DE CAPACETE),NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPÉDICAS ALÉM DA DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO.

JÁ TRAZ RADIOGRAFIA REALIZADA NA UPA QUE EVIDÊNCIA FRATURA ARTICULAR DE PUNHO ESQUERDO (BARTON VOLAR).

EXAME NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MSE.

CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + EXPLICO QUE O PADRÃO FRATURÁRIO DE SEU PUNHO ESQUERDO NÃO SE ENQUADRA NA LISTA DE FRATURAS OPERADAS NESTE HOSPITAL + ATESTADO MÉDICO + ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HOSP. ESTEFÂNIA + PRESCRIÇÃO + AINES + IMOB

ALTA

Data: 10/09/2016 00:23

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/09/2016 23:40:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	AMANDA SOUZA DE ALMEIDA

M B M  
SEGURADORA

18 NOV. 2016

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO E AP/P (0204040124)	09/09/2016 23:44	Sim	Cancelado

PRESCRIÇÃO

Médico: ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO

CRM 11224

09/09/16 23:45

Prescrição	Horário:
ALTA HOSPITALAR APÓS MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO MSE	
IMOBILIZAÇÃO TALA GESSADA AXIOPALMAR MSE + TIPOIA MSE	
CETOPROFENO 100 MG + 100 ML SF 0,9 % EV LENTO 30 MIN	
DIPIRONA 2 G + 18 ML AD EV LENTO	
LIMPEZA DAS ESCORIAÇÕES E CURATIVOS COM AGE	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

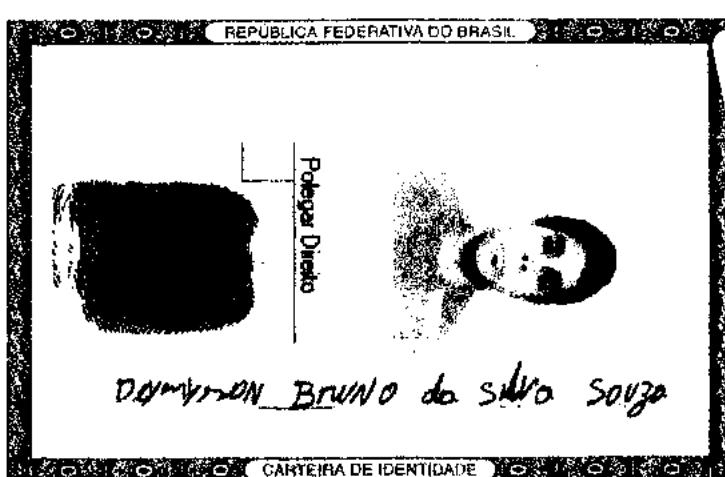
Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000322225 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2012

NAME DETWYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

FILIAÇÃO CICERO DE SOUZA

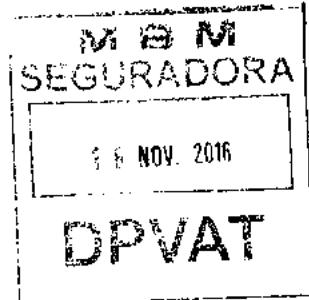
ROSÂNGELA DA SILVA SOUZA

NATURALIDADE JUZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 18/09/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 83119 FOLHA: 140V  
LIVRO: 157/A JUZEIRO DO NORTE - CE  
CRM: 611.435.693-42

1 VIA Assinatura do Diretor P.: 179

ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **611.435.693-42**

Nome da Pessoa Física: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**

Data de Nascimento: **18/09/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/07/2012**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:37:48** do dia **03/11/2016** (hora e data de Brasília).

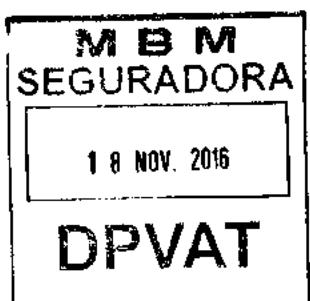
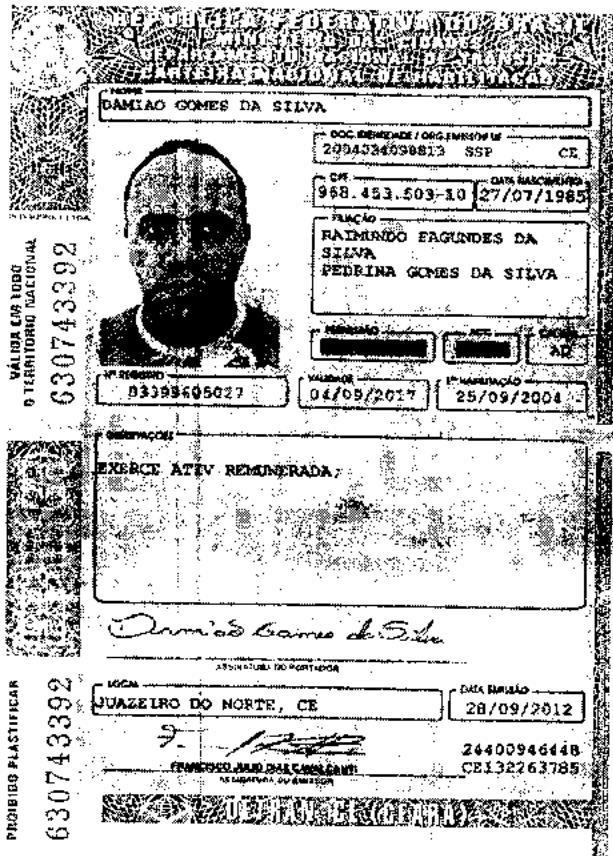
Código de controle do comprovante: **5BBE.94D3.A6A8-AA18**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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

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







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **968.453.503-10**

Nome da Pessoa Física: **DAMIAO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **27/07/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

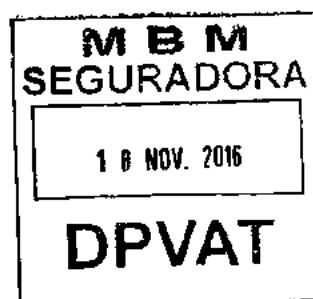
Comprovante emitido às: **14:04:14** do dia **03/11/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **368D.0F72.9FD8.CA4B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - CE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
GOME01	835868400	0000000000	2016
NOME: MARcos SILVA SOUZA			
***** ***** JUAZEIRO DO NORTE/CE			
CPF / CNPJ	PLACA		
04572195307	HWU4266		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
*****/CE	9C2KC08104R095514		
ESPECIE TIPO:	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO ARBIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN KS	2004	2004	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/149CC	ALUGUEL	LARANJA	
GOTA ÚNICA	VENC. GOTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I P V A	***** PAIXA IR.V.A. *****	**/ **/ ** PARCELAMENTO / COTAS ***** **/ **/ **	1º ISENTO 2º CONF 3º CERT
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
286.75	1.11	292.01	13/06/2016
OBSERVAÇÕES			
***** ***** *****			
LOCAL	DATA		
JUAZEIRO DO NORTE	09/08/2016		
Igor Rente Brasilcard/Brasileira		NETTAN-CE	
EXPEDIDOR			

SEGURADO

18 NOV. 2016

DPVAT

E DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE Nº 012674471249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	2016	09/08/2016
RENAVAM	CPF / CNPJ	PLACA
835868400	04572195307	HWU4266
ANO FAB.	MARCA / MODELO	Nº CHASSI
2004	HONDA/CG 150 TITAN KS	9C2KC08104R095514
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04	14.34	143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4.15	1.11	292.01
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		13/06/2016

**SEGURO DE DANOS - DPVAT**  
 LOTE/DOC: 1306167281044  
 MOTOR: KC08E1400654 [www.alorider.com.br](http://www.alorider.com.br)


**75910**

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: 09/09/2016  
 Hora: 22:37

Data de Saída 09/09/2016  
 Hora de Saída 22:37

**Paciente**

Nome: 51842 DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
 Responsável: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA  
 Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA  
 Endereço: RUA DAS DORES, 361, SALESIANO - JUAZEIRO DO

Nasc: 18/09/1998 Idade: 17  
 Telefone: (88) 98827-4023 Celular: ( ) -

CEP: - - Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: 160733945600018 Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:  
 Trabalho: Validade da Carteira: Autorização:  
 Último Pagto:

**Convênio**

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

**Queixas do Paciente**

vítima de acidente automobilístico, com leves escoriações difusas e dor em punho esquerdo

*Comprovação do ato declaratório*

Antecedentes Médicos

**Exame Físico**

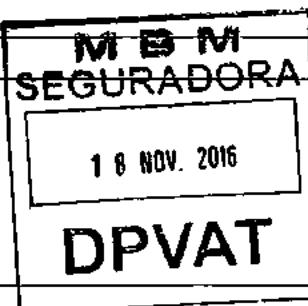
leves escoriações difusas e edema leve em punho esquerdo

**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**
**CID-10 Y435**

acidente automobilístico

**Tratamento**

voltarem, rx



FRANCISCO LEONARDO TAVORA  
 CRM: 8756 / CE

Dr. Leonardo Tava  
 CRM: 8756

Diretor Médico



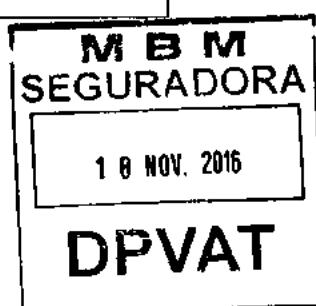
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deymyron Bruno da Silva Souza,  
RG nº 20083222256, data de expedição 05/09/12 Órgão SSP.CE,  
CPF nº 611.435.693.42, 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 das Donas</u>
Número	<u>361</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salganinho</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63050-215</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99981-8213 / (88) 3572-0398</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte-CE 03/11/16



Assinatura do Declarante: X Deymyron Bruno da Silva Souza

Nº DO CLIENTE

4997258-8

Rua Padre Valente, 150  
CEP 60350-040 - Foz do Iguaçu - PR  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CEP 66.105.242-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
é feita pela Lei nº 10.623,  
de 26 de setembro de 2002.

costos

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO E/S SÉRIE E-4

Rate 19 13000 03 348000 - 6 Data de Emissão 27/08/2016

Nome MARIA APARECIDA DA SILVA CIRILO

End. Postal RU DAS DORES 00261

SALESIANOS - JUAZEIRO DO NORTE - 63050215

Medidor 11740859

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Consumo de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 589189303-72

CGF

Nome do Responsável

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Mês de Referência	Data de Abertura	Período	Período de Cobrança	Conjunto	JUAZEIRO DO NORTE	Jun/2016	BNU 29,20
Ago/2016	127/08/2016	28/09/2016	Mês				

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Período Referencial	Acumulação Incluídas
123,37	27,00%	33,38	DIC	5,87 16,15 22,32 6,92 8,66 6,36
			RIC	5,23 6,47 12,92 4,82 6,36 6,36
			DMIC	2,55 0,00

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	Período Referencial	Acumulação Incluídas
965.2035.5062.2264.5799.0010.0020.1225	DIC	5,87 16,15 22,32 6,92 8,66 6,36
	RIC	5,23 6,47 12,92 4,82 6,36 6,36
	DMIC	2,55 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DA CONTA

Luz Ativa	Luz Amarela	Cont.	Consumo Renda	Cont. Inc.	Cont. Pec.	Desconto Mefid	Valor (R\$)
11361	11177	1,00	104	0,06	0,00	0,00	85,89

27/08/16	28/07/16	30 DIAS	104	85,89

DESCRICAÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	85,89
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONFAZ 079	10,11
MULTA MORATÓRIA REF 07/2016	1,87
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,20
JUROS DO MES	1,57
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL	15,56
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,27

VENCIMENTO	02/09/2016	TOTAL A PAGAR (R\$)	116,47

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	Período Referencial	Acumulação Incluídas
Energia .....	39,63	
Transmissão .....	9,36	
Distribuição .....	13,45	
Encargos Setoriais .....	6,76	
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	37,46	
TOTAL .....	97,27	

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	Período Referencial	Acumulação Incluídas
Enegia Fazenda	79,52	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles conta(s) em atraso.  
Sobre o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Lei. ANEL 414/16 Arts.  
172 e/ou 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DETALHAMENTO DE CONTAS EM ATRASO

Mês/Ano	Valor (R\$)
07/2016	114,47
Total	114,47

Consta neste fatura R\$ 4,16 referente a PIS e COFINS.

Conforme Edital nº 2002 - ANEL e Decreto nº 16.837/02 e 16.838/03.

TARIFA SOCIAL CANCELADA. EXCLUSÃO DOS CADASTROS DO GOVERNO FEDERAL. INFORMAÇÕES PELO TEL. 0800 285 0196





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damiao Gomes da Silva,

RG nº 03399605024 data de expedição 25/01/04, Órgão Detran-EE

CPF nº 068.453.503-10, 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>Av. Sebastião Thomano da Silva</u>
Número	<u>653</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tiradentes</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.031-590</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99981-8213 / (88) 3578-0398</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. do Norte-EE, 10/11/16

Assinatura do Declarante:

Damiao Gomes da Silva



Nº DO CLIENTE

A Tânia Soárez de Oliveira Silveira  
foi criada pelo Lei nº 49.432,  
de 26 de abril de 2002.

CONTRACT

Rue Philippe-Malherbe, 150  
CP 60135 Orléans France CS  
05021-79 ODFR 105-444-3

Q5147.047.201/1982-79 RSE/MS 105-1982

Rota 05 13000 11 064622 - 8 Data de Emissão 09/09/2016  
 Nome TATIANA DA SILVA FERREIRA  
 End. Postal AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653  
                   TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000  
 Medidor 2731188 Posto 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA de Potência 0,00  
 RG / CPF / CNPJs 06746803-96 CGF

Nome do Responsável	Nome da Unidade	Período de Atividade	Período de Aprendizagem	Previsão de Próxima Leitura	Versão enviada	Assunto	Setor
Set/2016	09/09/2016	11/10/2016	Conjunto				

Base de Cálculo (R\$)			Padrão Individual			Apuração Individual			
Alíquota		Valor do Imposto	Manual	Trm.	Anual	Manual	Trm.	Anual	
13,00%			DIC	5.07	16.15	39.00	5.07	16.15	39.00
			FIC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 1-26-84 DMIC 1-26 3-26

Last Name	First Name	Gender	Current Status	Start Date	End Date	Cost Rec.	Parties Involved	Value (USD)
Smith	Jane	F	Active	2023-01-01	2023-12-31	\$1000	John Doe, Peter Parker	\$1000

03/09/16	09/08/16	0,00	0,00
VALOR CONSUMO DO MES			33,86
MULTA MORATÓRIA REF 08/2016			33,86
CORREÇÃO MONETARIA DO MES			0,79
JUROS DO MES			0,36
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA			0,37
			1,20

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO** | [Visualizar todos os artigos](#)

ESTIMACIONES DE VALOR DE CONSUMO - HISTÓRICAS DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Consumo total	\$ 11,118
Consumo de bienes	\$ 10,101
Consumo de servicios	\$ 1,114
Consumo de vivienda	\$ 1,141
Consumo de automóviles	\$ 1,135
Consumo de otros bienes	\$ 1,116
Consumo de servicios no residenciales	\$ 1,133
Consumo de servicios residenciales	\$ 1,196
Consumo de servicios de salud	\$ 729
Consumo de servicios de ocio y cultura	\$ 1,153
Consumo de servicios de alimentación	\$ 1,166
Consumo de servicios de alojamiento	\$ 1,166

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA (kg/kWh)		
Consumo suas emissões pelo consumo de energia elétrica através de Ecotaxa.	Consumido kg(CO <sub>2</sub> )	Concentração Biológica (% CO <sub>2</sub> )
5.1 - 0.2	12.20	

1985年1月1日—1986年1月1日

**CONTAS EM ATRASO**

Prezado Senhor Presidente da Companhia de Eletricidade do Estado do Rio Grande do Sul,

ESTAMOS DIANTE DE SUSPENSÃO DO FUNCIONAMENTO DE DRENOS ELÉTRICOS  
[resposta Clientes, constata] De nossos controles contábeis, em setembro, desse ano, detectamos um débito. O recolhimento da dívida é uma das possibilidades de suspensão do funcionamento de empresas em 15 dias e entramos neste, conforme provisão na lei. ANEL 416/85.  
Em 1983, bem como o anexo das informações aos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE FRUTOS, está na tarefa efetuado o pagamento das despesas operárias e salariais.

Contra detta figura 38 L/C difenderà il P.R. e C.R.E.

**M B M**  
**SEGURADORA**

Nº do Cliente: 7203961-2 Referência: Set/2016  
Data de Emissão: 09/09/2016 Total a Pagar (R\$): 36,36  
Nº da Nota Fiscal: 445442478 Nº de Controle: 0007203961 00069 39142 03

83800000000-9 36300031000-6 000220030610-7 000003011365

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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.

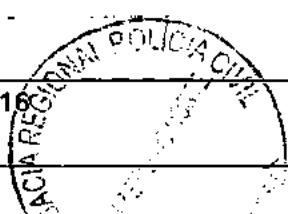
Pelo exposto, eu Damião Gomes da Silva, portador(a) do RG nº CNH:03399605027, expedido por Detran-CE, em 25 / 01 / 2004, CPF/CNPJ nº 968.453.503-10, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Deymyon Bruno da Silva Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalido da vítima Deymyon Bruno da Silva Souza, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar Profissão e Renda

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 15553 / 2016

Dados da Ocorrência

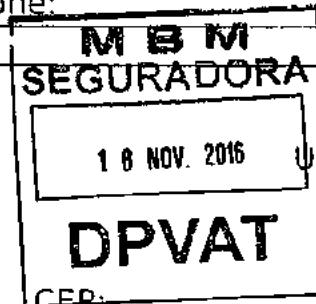
Natureza do Fato:	<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		
Data / Hora da Comunicação:	26/10/2016 16:42:56		
Data / Hora da Ocorrência:	09/09/2016 20:40:00		
Endereço da Ocorrência:	<b>RUA PADRE CÍCERO COM ALENCAR PEIXOTO</b>		
Complemento:			
Bairro:	<b>CENTRO</b>	Município:	<b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b>
Ponto de Referência:			

Dados da(s) Vítima(s)

Nome:	<b>DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA</b>		
Nascimento:	18/09/1998	CPF:	
RG:	2008322225-6	Orgão Emissor:	SSP
Filiação:	<b>ROSÂNGELA DA SILVA SOUSA</b> <b>CICERO DE SOUSA</b>		
Endereço:	<b>RUA DAS DORES, 361</b>		
Bairro:	<b>SALESIANOS</b>		
Município:	<b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b>		
País:	<b>BRASIL</b>		
Telefone:			

Noticiante(s)

Nome:	<b>MARCOS SILVA SOUZA</b>		
Nascimento:	15/03/1977	CPF:	
RG:	96005008420	Orgão Emissor:	SSP
Filiação:	<b>MARIA PRECILIA DA SILVA SOUSA</b> <b>MANOEL JOSÉ DE SOUZA</b>		
Endereço:	<b>RUA DO ROSÁRIO, 941</b>		
Bairro:	<b>SALESIANOS</b>		
Município:	<b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b>		
País:	<b>BRASIL</b>		
Telefone:	<b>(88) 98805-9804</b>		



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa:	HWU4266	Uf:	CE	Município:	<b>JUAZEIRO DO NORTE</b>	Chassi:		
9C2KC08104R095514	Renavam:	835868400	Tipo do Veículo:	<b>MOTOCICLETA</b>	Marca /			
Modelo:	HONDA/CG 150 TITAN KS	Ano Fabricação:	2004	Ano Modelo:	2004			
Combustível:	GASOLINA	Cor:	LARANJA	Proprietário:	MARCOS SILVA SOUZA			
Situação:	<b>NÃO INFORMADO</b>						Envolvimento:	<b>COLISAO</b>

Histórico

Afirma o noticiante supra qualificado e advertido das penalidades dos artigos 340 e 342 ambos do C.P.B. que na data, horário e local acima referidos, vinha conduzindo o veículo supra cadastrado, tendo como garupeiro a vítima Deymyson Bruno da Silva Souza, instante em que um carro colidiu na traseira da moto ocupada pelo noticiante e pela vítima; QUE em virtude do tal acidente, a vítima obteve uma fratura no braço esquerdo, sendo que o noticiante nada sofreu; QUE a vítima recebeu o primeiro atendimento médico pelo SAMU, tendo sido depois socorrido para uma UPA nesta cidade; QUE não foi acionado o DEMUTRAN, tendo o condutor do carro se evadido do local; QUE possui CMH; QUE está recebendo guia de ... de corpo de delito. E nada mais disse./////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

X Marcos Silva Souza

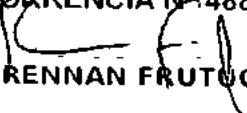
R.F.

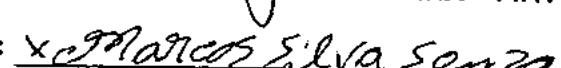


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 15553 / 2016

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 RENNAN FRUTUOSO BEZERRA - MAT.: 300105-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  X Marcos Silva Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

 RENI ROCHA PINTO - MAT.: 300593-1-X



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Deymykon Bruno da Silva Sozga, portador da carteira de identidade nº 2008322225-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 611.435.693-42, residente e domiciliado na Rua das Dous, 361 - Salinianos, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal IML, concordando, desde já, em me submeter a 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.

X Deymykon Bruno da Silva Sozga

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte, CE 03/11/16

Local e data



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Deymyson Bruno da Silva Souza,  
PORTADOR(A) DO RG N° 2008322225-6 EXPEDIDO POR SSP CE EM 05 / 09 / 12 E  
CPF 633.143.516-93-42 /CNPJ 00000000-0000-0000. PROFISSÃO Estudante  
E RENDA MENSAL DE R\$ RECIDO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O me mimo, 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;
- 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 Lotáticas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 68986-2

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

03 de novembro de 2016 X Deymyson Bruno da Silva Souza

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 faixa 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

