



**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:	Contestação
Data/Hora:	03/09/2021 13:27:24

Partes

Solicitante:	Seguradora Lider dos Consortios do Seguro - Dpvt
--------------	---

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/Substabeleciment o:	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: 000000068986-2

Nr. da Autenticação 3221783DE395F220

PROCURAÇÃO PARTICULAR



0025

Implantação

OUTORGANTE:

Nome: Deymysson Bruno da Silva Souza, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Estudante, portador(a) do RG 2008322225-6, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 611.935.693-2 residente no(a) Rua das Damas
nº 364 bairro: Salviano município: Juazeiro do Norte CE

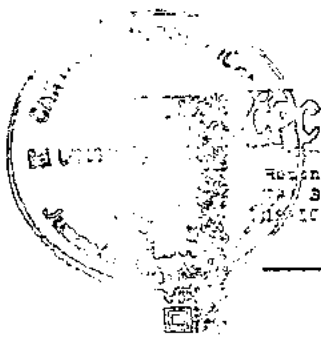
OUTORGADO:

Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recusoi 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 Deymysson Bruno da Silva Souza
Local e Data: Juazeiro do Norte-CE 19/10/16

15º OFÍCIO

X Damião da Silva Souza
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
RECONHECIMENTO DE ASSINATURA DE Deymysson Bruno da Silva Souza
Reconheço (CPF AUTENTICIDADE) a Firma de: DEYMYSSON BRUNO DA SILVA SOUZA. DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará.
19/10/2016.

CARLOS TRÁDEU DE QUEIROZ ROCHA

EMP. REG. SEC. 1º FAS 11153-01/16-28
TAL. 11153-01/16-28



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CE Nº 012674471249

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
 01 835868400 0000000000 2016

NOME
MARCOS SILVA SOUZA
 QUATRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ PLACA
 04572195307 HWU4266

PLACA ANT. / UF CHASSI
 00000/CE 9C2KCB08104R095514

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
 PAS/MOTOCICLO/NRO APLIC. 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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
 1º ISENTO
 2º CONF
 3º CERT

FAIXA LIVA PARCELAMENTO / COTAS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 296.75 1.11 292.01 13/06/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
 JURETTO DO NORTE 09/08/2016

IN B M
SEGURADORA

02 JAN. 2017

DPVAT

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS

CE Nº 012674471249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERDE
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2016 09/08/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
 01 04572195307 HWU4266

RENAVAM MARCA / MODELO
 835868400 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. CAT. / VENC. Nº CHASSI
 2004 09 9C2KCB08104R095514

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
 129.04 14.34 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
 4.15 1.11 292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 13/06/2016

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE TERCEIROS - DPVAT
 LOTE/DOC: 130655/28
 MOTOR: KC08E14005644

012674471249



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 CEARÁ





0012

Comprovante de residência

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUCIONAL DE 1988
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

RAIMUNDO GOMES DA SILVA



DOC IDENTIFICACAO / CORE IDENTIFICACAO
2004034096823 432 CE

CPF 968.453.503-10 DATA NASCIMENTO 27/07/1985

PLACAO
RAIMUNDO FAGUNDES DA SILVA
PEDRINA GOMES DA SILVA

PERMISAO ACC CATEGORIA
AD

1º REGISTRO 03399605023 2º REGISTRO 04/09/2017 3º REGISTRO 25/09/2008

DESCRIÇÃO
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Raimundo Gomes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 28/09/2012

7-12-12

24400948448
CE132243785

PROIBIDO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

630743392





**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**

Digito 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

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

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



**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
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

Nasc: 18/09/1998 Idade: 17

Telefone: (88) 98827-4023 Celular: () -

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

CEP: Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 160733945600018

Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo 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

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 Tavora
CRM: 8756 / CE

FRANCISCO LEONARDO TAVORA
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)

Atesto por os devidos fatos
que Deyverson Bruno A. Silva
espunzo sofreu acidente de mo-
to no dia 09/09/2016 que re-
sultou em fratura do punho
e do moço espinhal. Recebeu
tratamento (cirurgia e
fisioterapia) com alto re-
sultado, porém apresenta
segundo moço (limi-
tação de 60% do movimen-
to do punho espinhal.

16/12/2016.

Dr. Jofrânio F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

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 ()

Melhorado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Indisciplina ()

Óbito: ____

Causa: ____



Rosângela da S. Souza
Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Quarto:

RG:

[illegible]



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Dormysom Bruno da Silva Souza Nº do Registro: 49728
Idade: 17 anos Data: 25/9/16 Convênio: Prof. Dr. J. B. Leite Leito:
Cirurgião: Dr. Wagner Anestesiista: Dr. Vitoriano Ferreira
Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

		10	15	30	45	11	15	30	45	12	15	30	45	13	15	30	45	14	15	30
AGENTES	N2O																			
	O2																			
Líquidos Venosos																				
PA V	°C	240																		
PULSO		36																		
ANES X		36																		
OP. O		34																		
TEMP. O		32																		
ASPIR. A		30																		
RÉSP. O		120																		
		100																		
		80																		
		60																		
		40																		
		20																		
Expon.																				
Assist.																				
Contra.																				
SÍMBOLOS																				

MEM
SEGURADORA

02 JAN. 2017

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Neofaluna 50ml - 20ml</u>			
B. <u>" 2,5/5/10 - 10ml</u>			
C. <u>Pipalstena 100 - 2 FA</u>			
D. <u>AD-D 100ml - 20ml</u>			
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS			
<u>3-F - 500ml - 01F</u>			
<u>5-G - 500ml - 01F</u>			
TOTAL	<u>1000ml</u>		
OPERAÇÃO			

CÂNULA - NASO/ORO FARINGEA	NASO/OROTRAQUEAL - CEGA	BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO	SOB - MÁSCARA	DIFICULDADE TÉCNICA	TEMPO DE ANESTESIA
					<u>70'</u>

1 - Neurochil
2 - Monitor Cardíaco
3 - Controle de PA
4 - Curador Seco

DPVAT

Laringe - Espasmo - Excesso Secre. Hemorragia - Arritmia

PRE-ANESTÉSICO

Nome	Dequyson Bruno da Silva Souza			Reg.	
Sexo	M	Idade	17 anos	Peso	Alt.
Diag. Pré - Op.					
Cirurgia Proposta	Redução e fixação				
Anest. Ant.					
Alergia	N				
Fumo Tempo - Quant.	N		Alcool		
Drogas em uso - Doses	N				
Estado Mental	Consciente		Tipo de Sangue		
Boca			Pescoço		
PA.	120x80 mmHg	FC	74	Pulso	Veias
Ap. Resp.					
Ap. Circ.					
Ap. Gen - Uri					
S. Nervoso					
S. Endocrino					
Exs. Compl.4					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> M B M SEGURADORA 02 JAN. 2017 DPVAT </div>					
Est. Fisico(asa)				Anest. Proposta	Blanca Clara Evangelista
				Assinatura	
PÓS - ANESTÉSICO					
Sala de Recuperação			Enfermaria		
Data - Hora			Data - Hora		
Assinatura			Assinatura		
Obs.:					



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

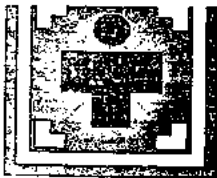
Cirurgia: Pro. Limpeza de fratura de punho esquerdo Data: 15/09/2016

Anestesia: Início: 15:40Hs Fim: 17:40Hs Médico: DR. WAYDSON (Pneumólogo)

Material		Taxa de Sala		Sol./Medicam./Anestésicos			
Ácido Peracético	Gr	Porte 0 - Ambulatorial		Adrenalina	AMP	Soro Fisol. Infusão / Lavar	TB
Alcool 70%	ML	Porte 1 - Até 01 hora		Água Destilada 10ml	AMP	Soro Fisol. 100ml	TB
Aguilha Desc. 13x4,5	UN	Porte 2 - Até 02 horas		Água Destilada 1000ml	TB	Soro Fisol. 250ml	TB
Aguilha Desc. 25x07	UN	Porte 3 - Até 03 horas		Água Oxigenada	ML	Soro Fisol. 500ml	TB
Aguilha Desc. 30x08	UN	Porte 4 - Até 04 horas		Álcool Iodado	ML	Soro Glic. 250ml	AMP
Aguilha Desc. 40x12	UN	Porte 5 - Acima 05 horas		Aminofilina	AMP	Soro Glic. 500ml	AMP
Aguilha Peridural 180G	UN			Aramim	AMP	Sol. Glico-Fisiológico 500ml	AMP
Aguilha Raqui 26 e 27	UN	Fios Sutura		Atropina 0,25mg	AMP	Sol. Ringer Lactato 500ml	AMP
Aguilha Stimplex	UN	Aciflex N°	UN	Bicarbonato de Sódio	AMP	Sulfenta	AMP
Atraclip	UN	Ethibond N°	UN	Brevibloc	AMP	Tenoxen 20mg	UN
Azul Metileno	UN	Monocryl N°	UN	Clonidin 150mcg	AMP	Tilatil 20mg	AMP
Atadura de Crepon 15c	UN	Monocryl N°	UN	Decadron 4mg (Dexametasona)	AMP	Tracrium 10mg/ml	AMP
Bola de algodão	UN	Monocryl N°	UN	Difenidrin	AMP	Tramal 50mg	AMP
Band-Aid	UN	Mononylon N°	UN	Dimorf 0,2 e 1mg	AMP	Trofodermin	Gr
Cânula Endotraqueal	UN	Mononylon N°	UN	Dolosal 100mg	AMP	Valium 10mg	AMP
Cateter Jelco	UN	Mononylon N°	UN	Dormonid 15mg	AMP	Vaselina pomada	Gr
Cateter Oxigênio	UN	Policot N°	UN	Droperidol	AMP	Voltaren 75	AMP
Clamp Umbilical	UN	Prolene N°	UN	Efedrina 50mg	AMP	Xylestesin CV 2%	AMP
Coletor Urina Fechado	UN	Prolene N°	UN	Efortil 10mg	AMP	Xylestesin GEL	Gr
Compressa Grande	UN	Sertix Catgut Cromado N°	UN	Esmeron 10mg/ml	AMP	Xylestesin Spray	ML
Cotonete	UN	Sertix Catgut Simples N°	UN	Eter	AMP	Xylestesin SV 2%	AMP
Capa pl Video	UN	Vicryl N°	UN	Fenergan	AMP		
Dreno Penrose	UN	Vicryl N°	UN	Fentanest	FA		
Dreno Tórax Blokit	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	Haemmacel	TB		
Equipo Soró	UN	Bisturi Elétrico	UN	Heparina 5000/1ml	AMP		
Esparradrapo CM	UN	Bomba Infusão	UN	Hidrocortisona	FA		
Escova RVPI	UN	Capnografia	UN	Hypaque 50%	FA		
Faixa Smarch	UN	Desfibrilador/Cardioversor	UN	Inoval	AMP		
Formol líquido	ml	Fotografia	UN	Isoflurano	FR		
Gaze Alcochoada	UN	Intensificador Imagens	UN	Kanakion	AMP		
Gaze Seca (7,5x7,5)	UN	Monitor Multiparamétrico	Hr	Ketalar 50mg/ml	FA		
Gaze Vaselineada	UN	Oxigênio	Hr	Lanexat 0,5mg	AMP		
Gel Condutor	Gr	Oxido Nitroso	Hr	Lasix 40mg (Furosemida)	AMP		
Gorro desc.	UN	Aspirador	Hr	Methergin	AMP		
Hemodreno N°	UN	Aparelho de video		Nalorfina	AMP		
Intracath	UN			Narcan 0,4mg	AMP		
Irrigafix	UN			Naropin	AMP		
Lâmina Bisturi	UN	Antibiótico		Nauseadron 4mg	AMP		
Luvas Cirúrgicas 7,5	UN	Cefazolina 1g	FA	Neocaina CV 0,5%	AMP		
Luvas de procedimento	UN	Cipro 200 IV	FA	Neocaina Pesada 0,5%	AMP		
Máscara desc.	UN	Flagyl 0,5g IV (Metronidazol)	FA	Neocaina SV 0,5%	AMP		
Micropore	UN	Garamicina 80mg	AMP	Novabupi CV 0,5%	AMP		
Povidine Higienizante	UN	Keflin 1g (Cefalotina)	FA	Novabupi SV 0,5%	AMP		
Propes desc.	UN			Novabupi 0,75 CV	AMP		
Prestorbarba	UN			Novabupi 0,75 SV	AMP		
Scalp n°	UN	Equipe		Novalgina 500mg/ml (Dipirona)	AMP		
Seringas desc. 03 ml	UN	01 - Cirurgião: <u>Dr. Waydson</u>		Nubain 10mg	AMP		
Seringas desc. 05 ml	UN	02 - Auxílio I: <u>Pavão</u>		Óleo de Canola	MI		
Seringas desc. 10 ml	UN	03 - Auxílio II:		Omeprazol 40mg	FA		
Seringas desc. 20 ml	UN	05 - Instrumentador:		Orastina	AMP		
Seringas desc. 50 ml	UN	06 - Anestésista: <u>Dr. Piccini</u>		Pancuron	AMP		
Seringa Peridural - Perifix	UN	07 - Pediatra:		Pavulon	AMP		
Sonda Foley 2V N°	UN	00 - Circulante: <u>Nelson</u>		Plasil 10mg	AMP		
Sonda Foley 3V N°	UN			Propofol 1% e 2%	AMP		
Sonda Nasogástrica	UN			Prostigmine 0,5mg	AMP		
Sonda Uretral N°	UN			Qualicin 100mg	AMP		
Torneira 3V	UN			Sevoflurano	FR		
Transofix	UN						
Tala Gessada MS							
Tala Gessada MI							
Órtese / Prótese							

Handwritten notes and stamps in the right margin, including a circular stamp with the number 30 and a rectangular stamp with the text "M.B. IV SEGURADORA".

Stamp: M.B. IV SEGURADORA
Stamp: 02 JAN. 2017
Stamp: DPVAT



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI.**

BOLETIM DE CIRURGIA

Paciente:

Convênio:

REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

CIRURGIAS REALIZADAS:

CÓDIGO AMB:

**M B M
SEGURADORA**

02 JAN. 2017

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em fraturas simples
- 2) Fraturas + anel de retenção
- 3) Redução e fixação com placas e parafusos

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

**HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO
CAIRIRI**

Nº REGISTRO
3580

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

CONVÊNIO: PRÉF. DE JUAZEIRO

MÉDICO: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

BLOCO: NÃO INFORMADO ACOMODAÇÃO: 09

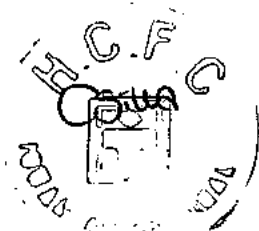
LEITO: 2

DATA ENTRADA: 15/09/2016

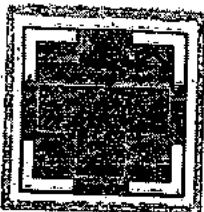
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1 - PRESCRIÇÃO MÉDICA
1.1 - PRESCRIÇÃO
SORO FISIOLÓGICO 500 ML

Dr. Waydson Basílio dos Santos
CRM - 9048
Ortopedia - Traumatologia



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



HOSPITAL DAS CLINICAS 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 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRIÇÃO

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

P.A: 120X80 mmHg

Tº: 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 967.402



HOSPITAL DAS CLINICAS 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 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

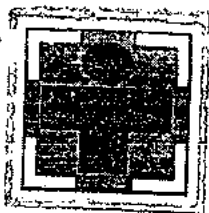
AS 14:30hs CLIENTE MENOR EM PRE DE PUNHO ENCAMINHADO PARA S.O.

AS 16:00hs CLIENTE MENOR RETORNOU DO S.O, APOS PRCEDIMENTO CIRURGICO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOTENSO, ACOMPANHADO, DIETA LIEBERADA 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
COREN-CE



HOSPITAL DAS CLINICAS 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 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRIÇÃO

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

PA= 11X8

TEMP= 36.2°C

R= 20

P= 68.

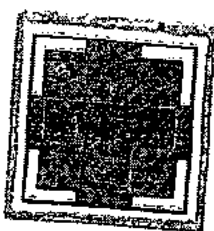


MARTA MARIA NASCIMENTO DE

COREN-CE-429032

15/09/2016 22:20:14

ma



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Data: 15/09/2016

Convênio: PRÉF. DE JUAZEIRO

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1.1 - DESCRICAO

CLIENTE JOVEM 17 ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O DE PUNHO ESQUERDO, COSNCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICOS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO.

P.A: 110X80 mmhg

Tº: 36°C

R: 19 rpm

P: 69 bpm

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-CE 967.402



**HOSPITAL DAS
CLÍNICAS
E FRATURAS DO CARIRI**

**Avenida Padre Cicero 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**

**IDADE
17 ANOS**

MEDICO:

WAYDSON

CRM:

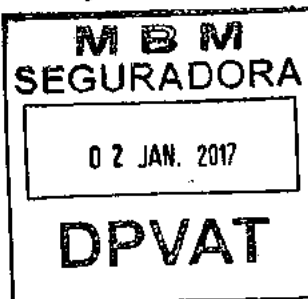
9048/CE

CONVÊNIO

PREFEITURA



*Fratura da extremidade
distal do rádio*



DR. EDUARDO LOPES
CRM 721 - CPF 091.019.304-72

DR. EDUARDO LOPES
CRM: 721

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

Atesto por os devidos fatos
que Dermerson Bruno A. Silva
souzo sofreu acidente de mo-
to no dia 09/09/2016 que re-
sultou em fratura do punho
e do metacarpo. Recebeu
tratamento (cirurgia e
fisioterapia) com alto de-
finitivo, porém apresenta
requerido movimento (limi-
tado de 60% do movimen-
to do punho esquerdo.

Dr. Jofrânio B. 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

M B M
SEGURADORA

24 JAN. 2017

DPVAT



Dr. Jofrônio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

Paciente de sexo masculino
Bruno do Silva sofreu
acidente de moto no dia
09/09/2016 que resultou
em fratura do punho esquer-
do e mão esquerda. Recebeu
tratamento conservador
na mão esquerda e cirur-
gia - ortossintese - punho
esquerdo. Apresenta que-
bra da articulação de 60% do
movimento do punho es-
querdo. Recebeu o 1º defi-
nitivo no dia 12/01/2017.

21/02/2017

M B M
SEGURADORA

Dr. Jofrônio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

03 MAR. 2017

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

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



Comprovante de residência

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Foto e Assinatura

Dermysom Bruno da Silva Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008327225 - 4	DATA DE EMISSÃO	06/09/2012
NOME	DERMYSOM BRUNO DA SILVA SOUZA		
PAIS	CICERO DE SOUZA		
MATRICULA	ROSÂNGELA DA SILVA SOUZA		
NATURALIDADE	JUAZEIRO DO NORTE - CE	DATA DE NASCIMENTO	18/09/1998
DIG. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÃO: SEDE TERMO: 83115 FOLHA: 140V		
CPF	611.435.693-42		
1 VIA	ASSINATURA DO INTERESSADO		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/03			

MBM
SEGURADORA

02 JAN. 2017

DPVAT



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.

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

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






0012

Comprovante de residência

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUCIONAL DE 1988
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

DANILAO GOMES DA SILVA



DOC IDENTIFICACAO / CORE IDENTIFICACAO
2004034096823 432 CE

CPF 968.453.503-10 DATA NASCIMENTO 27/07/1985

PLACAO
RAINUNDO FAGUNDES DA SILVA
PEDRINA GOMES DA SILVA

PERMISAO ACC CATEGORIA
AD

1º REGISTRO 03399605023 2º REGISTRO 04/09/2017 3º REGISTRO 25/09/2008

DESCRIÇÃO
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Danilo Gomes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 28/09/2012

7-12-12

24400948448
CE132243785

PROIBIDO PLASTIFICAR
630743392

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
630743392





**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**

Digito 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

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

37701020607

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 Nº 200832225-6 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 05/09/12 E

CPF 611435693-42 / CNPJ 000000000-0000-00, 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 Deymyson 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 N° 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 Monte, 04 de Abril de 2014

LOCAL E DATA

Deymyson 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 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: DEYMYSON BRUNO DA S SOUZA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, **DEYMYSON 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 possuo 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.

JUAZEIRO DO NORTE-CE 02.01.2017
Local / Data

Deymyson Bruno da Silva Souza
DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA



DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAMIÃO GOMES DA SILVA,
CNPJ:
RG nº 03399605027, data de expedição 25/01/74, Órgão DETRAN-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)	<u>AV. SEBASTIÃO MARLARO DA SILVA</u>
Número	<u>653</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TIAGADENTES</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63031-590</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99981-8213</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE-CE 02.01.2017

Assinatura do Declarante: Damião Gomes da Silva



Nº DO CLIENTE
7203961-2
 Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 28 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-060 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.042.251/0001-70 | CGF 08.165.849-3

Código
 agora é **enel**

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 453139561
Rota 05 13000 11 064822 - 0 **Data de Emissão** 10/11/2016
Nome TATIANA DA SILVA FERREIRA
End. Postal AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653
 TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000 **63031-590**
Medidor 2731180 **Poste** 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 067460033-96 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Orta de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Uso e Legenda	JUAZEIRO DO NORTE	
Nov/2016	10/11/2016	12/12/2016	Conjunção	Set/2016	DUEI 14,82
			Índice	DICI 0,03	
IMPOSTOS			Apuração Individual		
Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Maneal	Trím.	Anual
197,72	27,00%	53,39	5,87	10,14	30,33
			DIC	0,00	
			FIC	0,00	
			DMIC	0,00	
RESERVA DA AO CONTROLE FISCAL					
1787.F107.74F8.EE67.5893.D47C.A516.AF34					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
1536	1370	1,00	153	0,00	30	0,24644	7,29		
					52	0,42247	21,97		
					52	0,63271	33,89		
10/11/16	11/10/16		30 Dias		153		70,55		

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

VENIMENTO	TOTAL
11/10/16	70,55

DECOMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	29,55	127	153	152	118	131	114	141	135	116	106	79	153
Transmissão	0,76												
Distribuição	16,64												
Encargos Setoriais	5,34												
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	35,52												
TOTAL	87,81												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emissão kg (CO ₂)	Compostado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (kg CO ₂)
66,13	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 (Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
 Sobre o detalhamento da Dívida. O não pagamento da dívida implica
 na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
 após a emissão desta, conforme previsto na Res. AEEEL 414/16, Arts.
 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
 AO CRÉDITO E CÂMBIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
 favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 6,44 referente a PIS e COFINS.
 (Art. 9º Lei. 103-2003 - AtoEL e Lei n. 10.637/02 e 10.622-03)
 A bandeira para o mês de novembro e dezembro, com custo de R\$ 1,50 a cada 100 kWh
 (utilização/hora) comercializada. Mais informações em www.AEEEL.SBV.BR

DÉBITOS ATENDIDOS	
Mês/Ano	Valor (R\$)
10/2016	99,99
Total	99,99

M B M
SEGURODORA

02 JAN. 2017

DPVAT

Nº do Cliente: 7203961-2 Rota/Conta: Nov/2016
 Data de Emissão: 10/11/2016 Total a Pagar (R\$): 191,42
 Nº da Rota/Razão: 453139561 Nº do Contrato: 0207203961 02011 39162 81

8389200001-3 01420031200-3 02072039610-7 02113916231-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DI



Eu, **DEYMYSON 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.

Juaazeiro do Norte-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

CNPJ: 13.621.700/0001-46
Telefone: (88) 3511-4372

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 -

Matrícula: 160733945600018
Trabalho:

Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:
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 Y438

acidente automobilístico

Tratamento

voltarem rx



Dr. Leonardo Tava
CRM: 8756

FRANCISCO LEONARDO TAVORA
CRM: 8756 / CE

Diretor Médico



Nº DO SINISTRO: **3160/702386**

CAMPO PREENCHIDO

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 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 **DEYMYSON 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), 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**

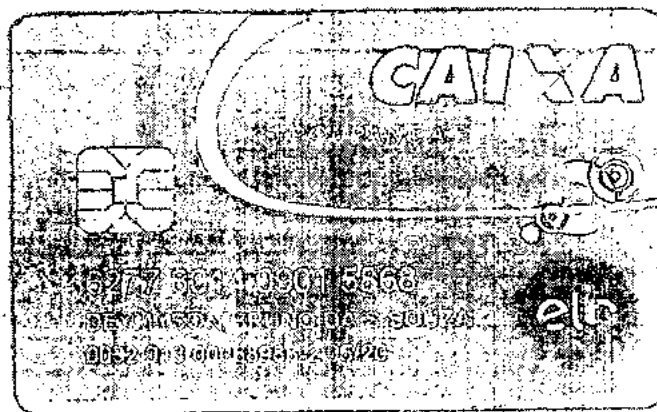
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. do Norte - U 02 de Janeiro de 2016
LOCAL E DATA

Deymyson 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 o das 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
(<input checked="" type="checkbox"/>) 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


SaúdeSEG André de Oliveira Lael
CRM 16586



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



Documentos de Identificação

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 15553 / 2016

Dados da Ocorrência

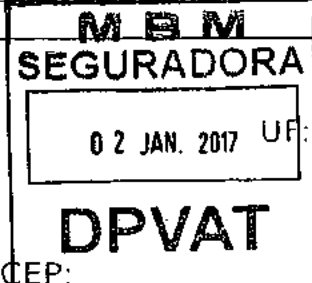
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/10/2016 16:42:56**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2016 20:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE CÍCERO COM ALENCAR PEIXOTO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**
Nascimento: **18/09/1998** CPF:
RG: **2008322225-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ROSÂNGELA DA SILVA SOUSA**
CÍCERO 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 SOUZA
Endereço: **RUA DO ROSÁRIO, 941**
Bairro: **SALESIANOS** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** 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 corpo de delito. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

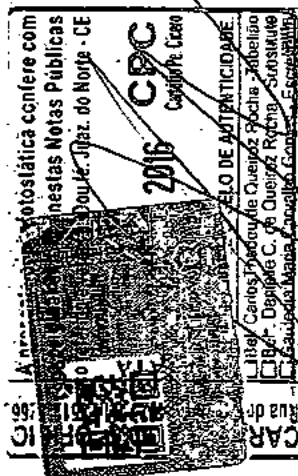
Pág. 1 de 2

x Marcos Silva Souza

Pf

Impressão: 26/10/2016 17:24

ORIGINAL JA ENCONTRA-SE NO PROTOCOLO





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 15553 / 2016

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

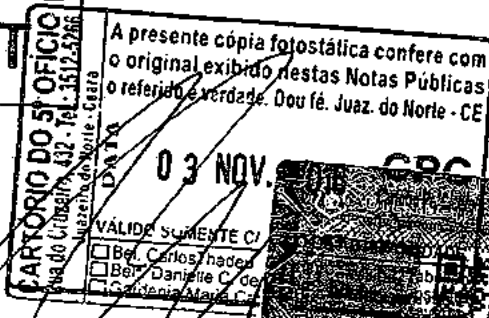
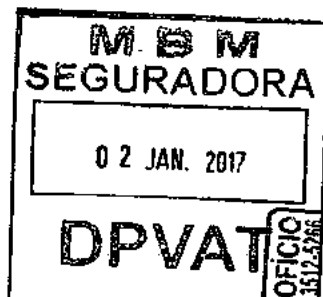
RENNAN FRUTUOSO BEZERRA - MAT.: 300105-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Marcos Silva Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

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





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.

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.

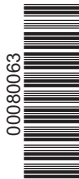
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10850443

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.: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, 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, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2017

Carta nº: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



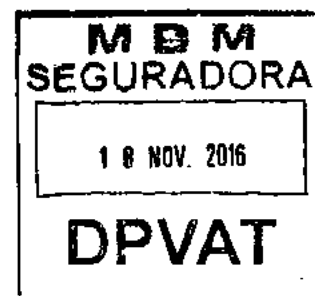
CERTIDÃO NARRATIVA

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 CEARÁ



CARTÓRIO PADRE CÍCERO - 5º OFÍCIO
Rua do Calceiro, 432 - Centro - Juiz de Fora - RJ - CEP 33010-012 - Fone: (31) 3811-5216/3512-5286
CARLOS THADEU DE OLIVEIRA NOGUEIRA - Togado - JORNAL DO DIÁRIO CAPITALINO - DANIELLE CARVALHO DE OLIVEIRA NOGUEIRA - Suplente

Atesto (POR AUTENTICIDADE) a firma de: DEDMYSOM BRUNO
ADVOGADO SOUZA, DOU. P.º. Juiz de Fora do Norte-Ceará,
2016.

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 DÂ 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:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo 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

Antecedentes Médicos

Exame Físico

leves escoriações difusas e edema leve em punho esquerdo

Exames Complementares

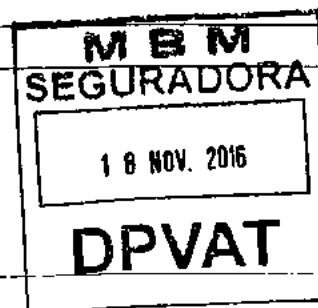
Conclusão Diagnóstica

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: Município: 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
Sato02:

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 VÔMITOS, NEGA SÍNCOPE, 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 AXILOPALMAR MSE + TIPÓIA 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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polícia Direta

DETMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008322225 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2012

NOME
DETMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

FILIAÇÃO
CICERO DE SOUZA
ROSÂNGELA DA SILVA SOUZA

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

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

1 VIA *Assinatura do Diretor* P.: 179

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

M B M
SEGURADORA

16 NOV. 2016

DPVAT



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**

Digito 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.

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

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






0012

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
REPUBLICA DO BRASIL

DAMIAO GOMES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIGEM DO USUÁRIO
2094334038813 SSP CE

CPF 968.453.503-10 DATA NASCIMENTO 27/07/1985

FILIAÇÃO
RAIMUNDO FAGUNDES DA SILVA
PEDERINA GOMES DA SILVA

SEXO ☒ M ☐ F ☐ AD

Nº REGISTRO 83398405027 VALOR 04/08/2017 P. EXPIRACAO 25/09/2004

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Damiao Gomes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 28/09/2012

24400946448
CE132263785

PROIBIDO PLASTIFICAR 630743392

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
630743392

MBM
SEGURADORA

18 NOV. 2016

DPVAT



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**

Digito Verificador: **00**

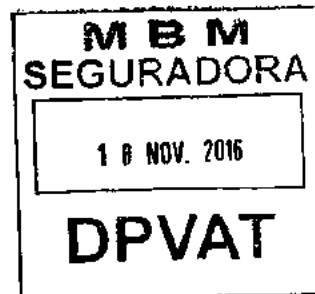
Comprovante emitido às: **14:04:14** do dia **03/11/2016** (hora e data de Brasília).

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.

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

DETRAN - CE Nº 012674471249
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 835868400 0000000000 2016

NOME
MARCOS SILVA SOUZA
JUAZEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ PLACA
04572195307 HWU4266
PLACA ANT / UF CHASSI
*****/CE 9C2KC08104R095514

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETO/NAO-ABLIC 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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A
1ª ISENTA
2ª CONF
3ª 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 MONTES
DETRAN-CE



0007

E DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
TERRESTRE, 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 09/08/2016
VIA CPF / CNPJ PLACA
01 04572195307 HWU4266

RENAVAM MARCA / MODELO
835868400 HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2004 09 9C2KC08104R095514

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04 14.34 143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 1.11 292.01
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 13/06/2016

SEGURO ALIDER - DPVAT
LOTE/DOC: 130655728-1-130655728-1
MOTOR: KC08E1-4005554-1
alider.com.br



MEM
SEGURO
18 NOV. 2016
DPVAT



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:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo 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

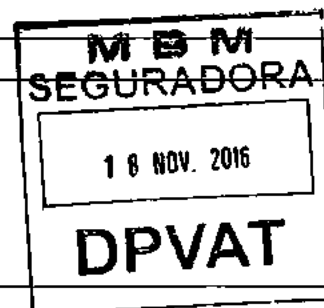
Conclusão Diagnóstica

CID-10 Y435

acidente automobilístico

Tratamento

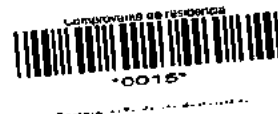
voltarem, rx



Dr. Leonardo Tavares
CRM: 8756 / CE

FRANCISCO LEONARDO TAVORA
CRM: 8756 / CE

Diretor Médico



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deymyton 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 Donets</u>
Número	<u>361</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salvianópolis</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 Deymyton Bruno da Silva Souza



Nº DO CLIENTE

4997258-8

Atividade Social de Energia Elétrica
de acordo com a Lei nº 10.833,
de 29 de abril de 2003.

COSTOS

Para informações detalhadas, consulte o Manual de
Serviços e Tarifas em nosso site.

Rua Pedro Venâncio, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.251/0001-73 CGF: 06.105.242-3

Grupo B3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B3 - SÉRIE B3

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

Nome MARIA APARECIDA DA SILVA CIRILO

Endereço RU DAS DORES 00361

SALESIANOS - JUAZEIRO DO NORTE - 63050215

Medidor 11740859

Posto 0000 0000

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

RG / CPF / CNPJ 589189303-72

CGF

Nome do Responsável

Período de Faturamento: 27/08/2016 a 26/09/2016
Data de Faturamento: 27/08/2016
Data de Vencimento: 28/09/2016
Mês: Jun/2016
Dia: 29.20

Desa da Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DK	Valor	Três	Anual	Valor	Três	Anual
120.37	27.00%	33.38	DK	5.07	16.15	26.38	5.00	8.68	5.68
			FIC	0.23	6.47	12.95	0.02	0.00	0.00
			DMIC	2.95					

Letr. Anterior	Letr. Atual	Cont.	Consumo (kWh)	Cont. Incl. (R\$)	Cont. Excl. (R\$)	Cont. Tot. (R\$)	Taxa (R\$)	Valor (R\$)
11361	11177	1.00	184	0.08	20	20	0.00	7.04
								10.12
								37.04
27/08/16	26/09/16	30 DIAS				184		85.89

VALOR CONSUMO DO MES	85,89
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,11
MULTA MORATORIA REF 07/2016	1,87
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,20
JUROS DO MES	1,57
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,56
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,27

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

Descrição	Valor (R\$)	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212
Energia	38,53																				
Transmissão	0,36																				
Distribuição	13,45																				
Encargos Setoriais	6,76																				
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	37,45																				
TOTAL	97,27																				

Descrição	Valor (R\$)	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212
Energia	38,53																				
Transmissão	0,36																				
Distribuição	13,45																				
Encargos Setoriais	6,76																				
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	37,45																				
TOTAL	97,27																				

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICAMOS DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Procedido Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
Seu e detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/16, Arts.
172 e 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.

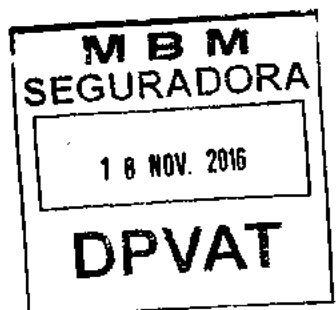
DEBITOS ANTERIORES

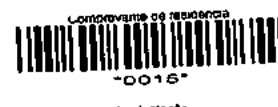
Mês	Valor (R\$)
07/2016	114,48
Total	114,48

Consta desta fatura R\$ 4,16 referente a PIS e COFINS.
Cm. 5. Res. 100/2005 - ANEEL e Instr. 10.037/02 e 10.650/03

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

Endereço: 4997258-8
Data de Emissão: 27/08/2016
Data de Vencimento: 02/09/2016
Valor a Pagar (R\$): 116,47
Nº de Contrato: 0004997258 00050 39602 86





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damião Gomes da Silva
RG nº cnh. 0339960503 data de expedição 25/01/04 Órgão Detran-CE
CPF nº 968.453.503-10, venho perante a este instrumento declarar que não
posso 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 Brito 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) 3572-0398</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Damião Gomes da Silva



Nº DO CLIENTE
7203961-2

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 49.458,
de 26 de abril de 2002.

CONSUMO

Para apurar seu consumo, consulte o relatório
anexo desta fatura de energia elétrica.

Rua Padre Melchior, 150
Cidade: 00135-000, Foz de Iguaçu, PR
CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF 08.105.848-3

CONSUMO 445442478
Rota 05 13000 11 064622 - 0 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 2731180 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDID de Potência 0,00
RG / CPF / CNP: 007460033-96 CGF

Nome do Responsável

CONSUMO
Mês de Referência 09/09/2016 Período de Medição 09/09/2016 a 11/10/2016
Vota e agenda no consumo conjunto

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual		
			Mensal	Trin	Anual	Mensal	Trin	Anual
DIC	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
FIC	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
DANC	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

VALOR CONSUMO DO MES 33,86
MULTA MONETARIA REF 08/2016 0,79
CORRECAO MONETARIA DO MES 0,06
JUROS DO MES 0,37
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,28

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00
Provisão	11,00	11,00	11,00

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do crédito.
Emitido kg(CO₂) 51,00 Compensado kg(CO₂) 0,00 Contribuição Social (1% CO₂)

CONTAS EM ATRASO
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 00009 39142 03
3880000000-9 36300031000-8 00072039610-7 000093914255-4

MBM
SEGURADORA
10 NOV. 2016
DPVAT



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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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) Deymyron
Bruno da Silva Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima Deymyron 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

Damião Gomes da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 15553 / 2016

Dados da Ocorrência

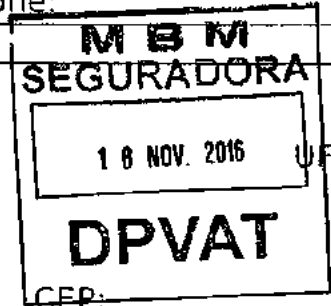
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/10/2016 16:42:56**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2016 20:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE CÍCERO COM ALENCAR PEIXOTO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**
Nascimento: **18/09/1998** CPF:
RG: **2008322225-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ROSÂNGELA DA SILVA SOUSA**
CÍCERO 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** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PRECILIA DA SILVA SOUSA**
MANOEL JOSÉ DE SOUZA
Endereço: **RUA DO ROSÁRIO, 941**
Bairro: **SALESIANOS**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** 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 da... de corpo de delito. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Marcos Silva Souza

Pf.

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/10/2016 17:17



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Souza, portador da carteira de identidade nº 2008.322.225-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 611.435.693-42, residente e domiciliado na Rua das Douas, 361 - Salgueiros, 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 Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte - CE 03/11/16

Local e data





Nº DO SINISTRO _____

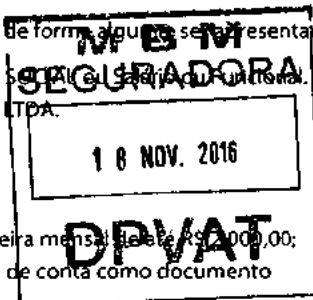
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 Nº 2008322225-6 EXPEDIDO POR SSP. CE EM 05 / 09 / 12 E
CPF 61143516913-42 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Estudante
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 mesmo, 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** ser apresentados:



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

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

João Vitor de 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 tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

