

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180508517

**Nome do(a) Examinado(a):** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

**Endereço do(a) Examinado(a):**

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 380050936 - ssp-sp - 26/05/2003

**Data e Local do Acidente :** 08/03/2018 - ce 226 km 20

**Data e Local do Exame :** 19/12/2018 PRAÇA DA JUVENTUDE, 59 - SENADOR POMPEU/CE - CEP 63600-000

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Paciente sofreu queda de motocicleta em 08/03/2018 , quando estava a trabalho veio a cair e ser socorrido ao hospital de senador pompeu onde diagnosticado com fratura de perna direita , apor radiografia evidenciado fratura exposta de plator tibial e fibula direita.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

recebeu tratamento clinico , cirurgico com colocação de placa e parafusos em tibia e fibula direita alem de fisioterapia analgesica e uso muetas por 90 dias onde apr retorno foi dada alta definitiva em outubro do presente ano.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

paceinete do dimuição da amplitude de movimento de flexão e exteção total de articulação de joelho direito, alem de apresentar encurtamento de aproximadamente 2cm de membro inferior direito, com dificuldade de ralizar movimento brusco e que exija esforço (agaxamento).

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**  
encurtamento do membro inferior direito

diminuição da amplitude de movimento em articulação de joelho D.

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

Membro inferior direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**  
Encurtamento do membro inferior direito.



---

FERNANDO HIGOR FAYAD FERNANDES VIEIRA CRM : 12721 / UF :CE

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

891.477.073-72

Antônio Ednaldo C. de Oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                |                      |             |
|--------------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo                  | CPF titular da conta | Profissão   |
| Antônio Ednaldo C. de Oliveira | 891.477.073-72       | Montador    |
| Endereço                       | Número               | Complemento |
| Sítio Catolé                   | 51.0                 |             |
| Bairro                         | Estado               | CEP         |
| Zona Rural                     | CE                   | 63.600,000  |
| Email                          | Telefone (DDD)       |             |
|                                | 85 99170479          |             |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0754 D/V CONTA NRO. 18042 D/V  
 (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                              |     |                              |     |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| AGÊNCIA NRO.                 | D/V | CONTA NRO.                   | D/V |
| (Informar dígito se existir) |     | (Informar dígito se existir) |     |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data

Antônio Ednaldo Oliveira de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites



Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica  
de sua conta,  
selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

|   |
|---|
| Conta origem:                                       |
| Conta destino: 0754 / 013 / 00018042-6              |
| Agência destino: SENADOR POMPEU                     |
| Nome destinatário: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIM |
| Valor:  |



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

*891.477.073-72*

Nome completo da vítima

*Antônio Ednaldo C. do Nascimento*

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|               |   |                      |                       |             |                       |
|---------------|---|----------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| Nome completo | <i>Antônio Ednaldo C. do Nascimento</i> | CPF titular da conta | <i>891.477.073-72</i> | Profissão   | <i>Montador</i>       |
| Endereço      | <i>Sítio Catolé</i>                     | Número               | <i>511</i>            | Complemento | <i>-</i>              |
| Bairro        | <i>Zona Rural</i>                       | Cidade               | <i>Sousa/PB</i>       | Estado      | <i>CEP</i>            |
| Email         |   |                      |                       |             | Telefone (DDD)        |
|               |   |                      |                       |             | <i>(85) 941890779</i> |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. *0754* D/V *07* CONTA NRO. *18042* D/V *6*  
 (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*SEN. Pompéu - PB, 07 de Junho de 2018*  
 Local e Data *LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD- 29 OUT. 2018*

*Antônio Ednaldo camuto do nascimento*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

[Horários e Limites](#)

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica  
de sua conta,  
selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

|   |
|---|
| Conta origem:                                       |
| Conta destino: 0754 / 013 / 00018042-6              |
| Agência destino: SENADOR POMPEU                     |
| Nome destinatário: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIM |
| Valor:  |

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
29 OUT. 2018



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 613 / 2018

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 09:38:11**

Data / Hora da Ocorrência: **08/03/2018 10:30:00**

Endereço da Ocorrência: **BR 226**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

Ponto de Referência:

#### Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**

Nascimento: **11/07/1978** CPF:

RG: **380050936**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO  
GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO**

Endereço: **SITIO CATOLE**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR3077** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110BR791906** Renavam: **357378733** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Afirma o noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que vinha conduzindo sua motocicleta na pista do KM 20 em Senador Pompeu, quando outra motocicleta fechou o mesmo; Que com isso os dois se chocaram vindo a cair; Que o noticiante foi socorrido pela Ambulância e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE e depois transferido para Fortaleza/CE; Que nesse acidente o noticiante quebrou a perna do lado direito passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor JOEL ALVES JANUÁRIO e o Senhor CARLOS ALBERTO FERNANDES DE MELO, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*Talles Furtado Lopes*  
TALLES FURTADO LOPES - MAT.: 30110617

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 613 / 2018**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JOSE WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 613 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 09:38:11**

Data / Hora da Ocorrência: **08/03/2018 10:30:00**

Endereço da Ocorrência: **BR 226**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

Ponto de Referência:

*Noticiante(s)*

Nome: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**

Nascimento: **11/07/1978** CPF:

RG: **380050936**

Órgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO  
GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO**

Endereço: **SITIO CATOLE**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **SENADOR POMPEU/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **OCR3077** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110BR791906** Renavam: **357378733** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

Afirma o noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denunciação caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que vinha conduzindo sua motocicleta na pista do KM 20 em Senador Pompeu, quando outra motocicleta fechou o mesmo; Que com isso os dois se chocaram vindo a cair; Que o noticiante foi socorrido pela Ambulância e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE e depois transferido para Fortaleza/CE; Que nesse acidente o noticiante quebrou a perna do lado direito passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor JOEL ALVES JANUÁRIO e o Senhor CARLOS ALBERTO FERNANDES DE MELO, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*TALLES FURTADO LOPES* - MAT.: 30110617

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antônio Ednardo Canuto do Nascimento*

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Pág. 1 de 2

Impresso em: 24/05/2018 09:43:11

29 OUT. 2018



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 613 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : JOHÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 2 de 2

ASS.

Impresso em 24/05/2018 09:43:11

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206  
 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

|  |                |                  |
|--|----------------|------------------|
| Nome Completo da Vítima                | CPF da Vítima  | Data do Acidente |
| <i>Antônio Ednaldo C. de Moximonto</i> | 891.477.073-72 | 08-03-2018       |

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
|                                      |                            |
| Email                                | Telefone (DDD)             |

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*SEN-Poços-15-07 de Junho de 2018*  
 Local e Data



*Antônio Ednaldo Cunha do Moximonto*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Antônio Ednaldo e. do Nascimento** CPF da Vítima **891.477.073-72** Data do Acidente **08-03-2018**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email                                | Telefone (DDD)             |

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**SEN. Pouso-Alegre, 07 de Junho de 2018**  
Local e Data

**Antônio Ednaldo camuto do nascimento**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA**  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**29 OUT. 2018**

**655**



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18

HORÁRIO: 11:54

ATENDIMENTO N°: 65

DADOS DO PACIENTE:

Nome: Antônio Edmundo Gonçalves do Nascimento  
Sexo: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: Solteiro  
Mãe: Terezinha Gonçalves Vicente SUS: 4  
NATURALIDADE: Senador Pompeu PROFISSÃO: Montador  
ENDERECO: Rua 1001 nº 1001 BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600-000  
CIDADE: Senador Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: \_\_\_\_\_

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: 100 mmHg SPO<sub>2</sub>: 98 % FC: 70 bpm FR: 16 lpm T: 36,5 °C PESO: 70 Kg GLS: 0 HGT: 170 Alergia: \_\_\_\_\_

QP: \_\_\_\_\_  
HDA: laringite aguda + bronquite aguda com secreção espessa, fraca e seca do 1/3 proximal  
de amanhã

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PREScrição: Laringe + Bronquite - Solut Bx 100ml  
- Trat 1000mg 500mg 2000mg 1000mg 1000mg  
500mg 1000mg 1000mg 1000mg  
Vigente Ferreira Ass. do Técnico(a)

CARIMBO ASS. DO MÉDICO

CRM - 2396

CONFERE COM ORIGINAL

43102100150000000000  
Responsável: SAME  
MHS  
CNPJ 07.802.097/0002-84

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

Gerdano Gonçalves do Nascimento

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

0401010093  
0301100012



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18

HORÁRIO: 11:54

ATENDIMENTO N°: 65

## DADOS DO PACIENTE

NOSSO: Antônio Edmundo Cipriano do Sacramento  
SEXO: m DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: sócio  
MÃE: Terezinha Camilo Sacramento SUS: 8  
NATURALIDADE: Angra dos Reis PROFISSÃO: Montador  
ENDERECO: Alto das Ladeiras BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600-000  
CIDADE: Lagoa Santa ESTADO: CE TELEFONE: 085 3222-1000  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM  NÃO

PA: \_\_\_\_\_ mmhg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ lpm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg GLS: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_

QP: **Joint types & Joints** **Autonomy** etc.,  
HDA: **operational factors** **opposite to P3** **joining**  
**from Rms**

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: Linfoma Retinoblastoma Solvent Rx 1m D  
- Dual 1000 mg 500 mg - ④ 2000 mg APP  
- S.T. 0.9% 1000 mg ④ 12.00  
- S.O. 12.45

**MÉDICO**  
Canibbio Ass. do Médico  
CRM - 2398

## EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

CONFERE COM ORIGINAL  
17/05/2018 006  
Responsável - SAME  
MHS  
CNPJ: 07.802.949/0001-02

Ass. do Técnico(a)

Alphonse Omer

## “Gerd con o coñito do Nascainku”

ASSINATURA PAFENTE / RESPONSÁVEL

0401010093  
0301100012



Maternidade e Hospital Santa Isabel  
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fátima  
Senador Pompeu -CE

**INSTITUTO  
COMPARTILHA  
SAMAC**  
Uma História única dedicada à vida

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

# 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: 28/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.033,45

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

CLIENTE: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000018042-6

---

Nr. da Autenticação 29EE750FBD612BB7

# 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: 12/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000018042-6

---

Nr. da Autenticação 425E39CD7029F89B



**DADOS DO CLIENTE**

Esta é a segunda via de  
**MAI/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**8553131** 6

VENCIMENTO  
**22/05/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**51,82**

Rota 10 014000 08 0185500

Medidor

Poste

Nome: EDILENE SOARES ROCHA

644632

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade  
Consumidora AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 CENTRO SENADOR  
POMPEU 63600000

RG / CPF / CNPJ 650.734.873-20 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado

|    |       |       |   |    |   |     |
|----|-------|-------|---|----|---|-----|
| FP | 44936 | 44914 | 1 | 22 | 0 | 100 |
|----|-------|-------|---|----|---|-----|

**DESCRÍÇÃO DA CONTA**

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

ENERGIA  
CONSUMO

100 0,51365

51,36

**DATAS DE LEITURA**

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Data de Emissão/<br>Apresentação | Prev. Próxima<br>Leitura |
|----------------------------------|--------------------------|

15/05/2018

15/06/2018

**OUTROS PAGAMENTOS**

JUROS DO MES  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,49 )

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

3BF4.C369.70CF.636E.7488.3194.FEC9.37AF

**ICMS**

|                       |          |                  |
|-----------------------|----------|------------------|
| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|

ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA                     | 26,92 |
| TRANSMISSÃO                 | 2,87  |
| DISTRIBUIÇÃO                | 15,34 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 4,11  |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 2,12  |

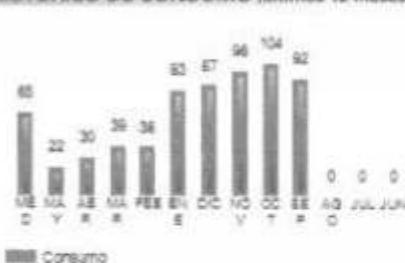
**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a Legenda no verso desta conta. CM: 22,50

Conjunto: SENADOR POMPEU

Mês: MAR/ 2018

|          | Padrão | Individual | Apuração Individual |        |       |       |
|----------|--------|------------|---------------------|--------|-------|-------|
|          | Mensal | Trim.      | Anual               | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,19   | 10,38      | 20,77               | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,30   | 6,60       | 13,20               | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,94   |            |                     | 0,00   |       |       |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8553131-6** N° da Nota Fiscal: **525308023** Total a Pagar (R\$): **51,82**  
Data de Emissão: **22/05/2018** Referência: **MAI/2018** N° de Controle: **0008553131 00009 4310 2 70**

838800000000-3 51820031000-8 00085531310-2 00094310209-0



Nº DO CLIENTE

8280859-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Básica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 20 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 0729422510001-70 | Cód. 06100.048-3



CONTA DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 518364257

Rota 37 14001 01 100400 - 4

Data da Emissão 23/03/2018

Nome NATALIA VITORIANO ARAUJO

End. Postal ST CATOLE 00000 00000

DT JOSE LOPES - SENADOR PONPEU -

Posto 0000 A37E

Medidor 8007199

Classe 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO

CGF

RG / CPF / CNPJ 057320073-42

Nome do Responsável

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

## DATAS

Mês da Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura  
Mar/2018 23/03/2018 23/04/2018

Veja a legenda na versão digital completa.

Conjunto 22,52 17,72

Mês 15,22 15,68

Padrão individual

Mês Ano Mes Ano Mês Ano Mes Ano

## ICMS

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

162100

DHC

16,44 28,88 41,76 6,55 0,00 0,00

FIC 1,25 15,13 20,39 1,00 0,00 0,00

DMIC 5,52 0,55

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

PROFAU 162100 162100 162100 162100

PROFAU 162100 162100 162100 16

Assinatura do Declarante

Celso Pinheiro  
(85) 99989-0779  
(85) 98721-2741

Setor Leste DF de 2018  
Local de Data



|          |                             |     |           |        |                    |     |           |        |                    |
|----------|-----------------------------|-----|-----------|--------|--------------------|-----|-----------|--------|--------------------|
| Endereço | Av. Francisco Funaro Lamego | CEP | 930       | Número | Endereço           | CEP | 930       | Número | Endereço           |
| Barro    | Centro Empresarial          | CEP | 93000-000 | Número | Centro Empresarial | CEP | 93000-000 | Número | Centro Empresarial |
| Endereço | Centro Empresarial          | CEP | 93000-000 | Número | Centro Empresarial | CEP | 93000-000 | Número | Centro Empresarial |
| Endereço | Centro Empresarial          | CEP | 93000-000 | Número | Centro Empresarial | CEP | 93000-000 | Número | Centro Empresarial |

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência juntou a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo.

AC Recuso Informar

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

detêm-se da Circular Susep 445/12.

(a) no CPF sob o N° 891.444-031-78, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vltima na qualidade de Procurador (a) / Intermédia (a) de Benefícios \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o N° 650.334-83-20, pelo exposito, eu \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o N° 891.444-031-78, da Vltima na qualidade de Procurador (a) / Intermédia (a) de Benefícios \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o N° 650.334-83-20, conforme a legislação de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, term por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, recolher, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capital- A recusa em fornecer as informações de **processo** e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do respectiva documentação comprobatória.

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve ser feito nos documentos de identificação pessoal processal, informações acerca da processão e da faixa de renda mensal, além da contagem dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da processão e da faixa de renda mensal, além da determinação de que a parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular.

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.asp?xtipo=1&codIGO=29636>

O preenchimento desse formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

INFOMACDES IMPORTANTES:

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

**LIDER**  
Seguradora

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 Eduardo Soares Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.734.873-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Ednaldo C. de M. M. M. inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Antônio Ednaldo C. de M. M. M., inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

| Endereço                              | Bairro       | Cidade                 | Local e Data | Número     | Complemento       |
|---------------------------------------|--------------|------------------------|--------------|------------|-------------------|
| <u>Av. Francisco Franco Lambraier</u> | <u>Entre</u> | <u>Serrados Pompeu</u> |              | <u>970</u> | <u>—</u>          |
|                                       |              |                        |              | Estado     | CEP               |
|                                       |              |                        |              | <u>SC</u>  | <u>63.600.000</u> |

sen. Polyscio, 07 de Junho de 2018  
Local e Data

**Celso Pinheiro**  
(85) 99989-0779  
(85) 98721-2741

Eduardo Soares Rocha

Assinatura do Declarante

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA**

29 OUT. 2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Heloisa Felix do Nascimento Silva,  
RG nº 97024048383, data de expedição 15/10/197,  
Órgão SSP-ES, portador do CPF nº 214 847 593-20, com  
domicílio na cidade de SENADOR POMPEU, no Estado de  
ES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Pinto para Cunha, nº 116,  
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Antônio Ednardo Canuto do Nascimento cujo o condutor era  
Antônio Ednardo Canuto do Nascimento

Veículo: HONDA CG 125 FAN  
Modelo: HONDA CG 125 FAN  
Ano: 2011/2011  
Placa: OER 7077  
Chassi: 9C2JC41108R791906  
Data do Acidente: 08/03/2018  
Local e Data: SENADOR POMPEU - ES 18/03/2018

Maria Heloisa Felix do Nascimento Silva  
Assinatura do Declarante

Antônio Ednardo Canuto do Nascimento

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

RECONHEÇO FIRMA Lucio de Oliveira Neto  
O Referido é verdade. Dou Fé.  
O Ofício 1º Ofício  
Em testemunho da Verdade



02  
RECONHECIMENTO DE AUTÊNTICIDADE



DILVANA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interina  
CARTÓRIO 1º OFÍCIO  
DILVANA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interina  
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu  
João Paulo G. de Brito  
Substituto

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Helena Felix do Nascimento Silva,  
RG nº 97024048383, data de expedição 15/10/197,  
Órgão SSP-SE, portador do CPF nº 214 847 593-20, com  
domicílio na cidade de SENADOR PAPAGAIO, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Praia do Gualema, nº 116,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ANTONIO EDNARDO CRUZ DO NASCIMENTO cujo o condutor era  
ANTONIO EDNARDO CRUZ DO NASCIMENTO

Veículo: HONDA CG 125 FAN  
Modelo: HONDA CG 125 FAN  
Ano: 2011/2011  
Placa: 0CR 3077  
Chassi: 9C2JF4110BR791906  
Data do Acidente: 08/03/2018  
Local e Data: SENADOR PAPAGAIO 18/03/2018

Maria Helena Felix do Nascimento Silva

Assinatura do Declarante



Antônio Ednardo Cruz do Nascimento

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

1º OFÍCIO

RECONHEÇO FIRMA Antônio Ednardo Cruz do Nascimento  
Incidente Acidente de trânsito  
na Fazenda Aldeia das  
Timbós 2018

O Referido é Verdade. Dou Fé.  
Senador: Pompeia de 2018  
Enunciado Enunciado da Verdade



ACEITO SOMENTE COM O  
USO DE AUTÊNTICIDADE

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interina

CARTÓRIO 1º OFÍCIO  
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interina  
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu  
João Paulo G. de Brito  
Substituto

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
29 OUT. 2018

ASS:







H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Antônio EDUARDO CUNUTO  
de NASCIMENTO, portador da Carteira Profissional N° \_\_\_\_\_  
Série \_\_\_\_\_, necessita de 15.

por extenso

das de afastamento de trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

*Antônio de Almeida*

HFT-

Hospital ou Ambulatório

17/03/13

Localidade e Data

*Ass. do Médico*

Ass. do Médico - CRM N°

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N° 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5145 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE - CEP 60.310-002  
Fone/Fax: (85) 3228-2555  
E-mail: Hospitalfernandestavora@gmail.com





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Milton Eduardo Bento

Fifóma 11/2011

Portaria do  
plantão



Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)

Modelo 4

1º Via - Farmácia

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                      |             |
|--|-------------|
| Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO   | CRM: CRM/CE |
| Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE | Nº: 6193    |
| Cidade: FORTALEZA/CE                           |             |

PACIENTE

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO  
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE  
R

USO ORAL

40  
COMPRIMIDOS  
1) CEFALEXINA 500MG  
TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA  
PINHEIRO  
CRM/CE 6193



| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |  |
|----------------------------|--|
| Nome:                      |  |
| Ident.                     |  |
| Endereço:                  |  |
| Município:                 |  |
| Fone:                      |  |

| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |            |
|-----------------------------|------------|
| Nome:                       |            |
| Órgão Emissor:              |            |
| Endereço:                   |            |
| Município:                  |            |
| UF:                         |            |
| Data:                       | 20/03/2018 |

| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |            |
|-----------------------------|------------|
| Nome:                       |            |
| Ident.                      |            |
| Endereço:                   |            |
| Município:                  |            |
| UF:                         |            |
| Data:                       | 20/03/2018 |

2º Via - Paciente

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                      |             |
|--|-------------|
| Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO   | CRM: CRM/CE |
| Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE | Nº: 6193    |
| Cidade: FORTALEZA/CE                           |             |

PACIENTE

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO  
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE  
R

USO ORAL

40  
COMPRIMIDOS  
1) CEFALEXINA 500MG  
TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA  
PINHEIRO  
CRM/CE 6193



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita . Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.  
CID: SB22.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO  
CRM/CE 6193

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO  
CRM/CE 6193

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita . Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.  
CID: SB22.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO  
CRM/CE 6193

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18

HORÁRIO: 11:54

ATENDIMENTO N°: 65

**DADOS DO PACIENTE:**

NO ME: Antônio Edmundo Gomes do Nascimento  
SEXO: m DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: casado  
MÃE: Terezinha Camila Nascimento SUS: 4  
NATURALIDADE: Am. Góspes PROFISSÃO: Motorista  
ENDERECO: Rua Epodiá BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600-000  
CIDADE: La Lapa ESTADO: CE TELEFONE:   
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM  NÃO

PA:      x      mmbr SPO<sub>2</sub>:      % FC:      bpm FR:      lpm T:      °C PESO:      Kg GLS:      HGT:      Alergia:

QP: long-term & acidity, authority etc  
HDA: operational problem expect to #3 freezing  
from time

**DIAGNOSTICO:** *Enfermedad de Chagas*

PRESCRIÇÃO: Linfoma + Reumatismo - Solvente Rx com D  
- Dexam 1000 + 1000/500 = 0,86 - ① 200 ② 4,4877  
- 500 ③ 0,86 1000 ④ 2,00 ⑤ 4,4877  
500 (12:00)  
500 (12:45)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ Responsável - SAME  
MHSI  
CNPJ 07.802.997/0002-96

“Gendarme cometeu o massacre”

**ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL**

~~CONFERE COM ORIGINAL~~  
~~Responsible SAME~~  
~~MH/S~~

**Ass. do Técnico(a)**

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ Responsável - SAME  
MHSI  
CNPJ 07.802.697/0002-96

Maternidade e Hospital Santa Isabel  
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fátima  
Senador Pompeu -CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT 2018

855: \_\_\_\_\_





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

Nome do Segurado Antônio EDUARDO CUNHA  
nº. 1133410, portador da Carteira Profissional N°  
Série 15, necessita de 15.  
por extenso

de 15 de atendimento de trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

*Philippe de Nóbrega*

*HFT*

Hospital ou Ambulatório

17/03/18

Localidade e Data

*Ass. do Médico - CRM N°*

Este Atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS.  
Conforme o Decreto N° 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa  
do não comparecimento ao trabalho.

Hospital Clínico de Fortaleza S/C Ltda.

Av. Boa Viagem, 1400 - Almox. Wayne - Fortaleza/CE - CEP 60.310-002

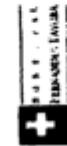
Fone/Fax: (85) 3228.2555

E-mail: [impauta.corretoradaseguranca@uol.com.br](mailto:impauta.corretoradaseguranca@uol.com.br)

*LÍBIA CORRETORA DE SEG.*

*29 OUT. 2018*

**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA**  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA**  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

**1ª Via - Farmácia**

|  |                     |          |
|--|---------------------|----------|
| Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO   | CRM: CRM/CE         | Nº: 6193 |
| Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE |                     |          |
| Cidade: FORTALEZA/CE                           | Fone: (85) 32287350 |          |

**PACIENTE**

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO  
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE  
R

**USO ORAL**

1) CEFALEXINA 500MG  
40 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA  
PINHEIRO  
CRM/CE 6193

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

29 OUT. 2018  
BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

|            |                |
|------------|----------------|
| Nome:      | Órgão Emissor: |
| Ident.     |                |
| Endereço:  |                |
| Município: |                |
| Fone:      |                |

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| Nome:      | Assinatura do Farmacêutico |
| Ident.     |                            |
| Endereço:  |                            |
| Município: |                            |
| Fone:      |                            |

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| Nome:      | Assinatura do Farmacêutico |
| Ident.     |                            |
| Endereço:  |                            |
| Município: |                            |
| Fone:      |                            |

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| Nome:      | Assinatura do Farmacêutico |
| Ident.     |                            |
| Endereço:  |                            |
| Município: |                            |
| Fone:      |                            |



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita . Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO  
CRM/CE 6193

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO  
CRM/CE 6193

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita . Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO  
CRM/CE 6193

DOCTORA DE SEG. 01  
29 OUT. 2018



H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

ANÍBIO EDNAES GOMES  
NO NACIONAL

ANO MÊS

Até o ponto que  
pôs muitas e muitas  
no Fracura no pole  
tibial direito.

Entrei em

20/09/18 Atos definitivos

Instituto Clínico de Convaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro de Carvalho - CE. CEP 60310-002.  
Fone/Fax: (65) 32282555  
www.hospitalfernandestavora.com.br  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

CRM-CE 6193  
Câmara de Despachos  
VILA  
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

6CC

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① Fita de cinto de
- ② Abre o colo
- ③ Passa a grena superior
- ④ Tira a grena inferior e põe
- ⑤ Passa a grena
- ⑥ Abre a incisão
- ⑦ Lavagem
- ⑧ Fixa o colo e t
- ⑨ Põe o estômago
- ⑩ Fechar

Valter P. Pinheiro  
Traumatologista  
CRM-6293

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

29

MODELO 8.1



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 20/03

|   |  |
|---|--|
| Nome do paciente: <i>Antônio Ednardo Fonuto do Nascimento</i> |  |
| Nº Prontuário: <i>2445259</i>                                 | Categoria:                                       |
| Clinica:  | Leito:   |
| Cirurgião: <i>Dr. Valterno</i>                                |  |
| Anestesista: <i>Dra. Magaly</i>                               |  |
| Tipo de Anestesia: <i>Raque</i>                               |  |
| 1 Auxiliar: <i>Dr. Carlos Macedo</i>                          |  |
| 2 Auxiliar:   |  |
| 3 Auxiliar:   |  |
| Instrumentadora: <i>Arthur</i>                                |  |
| Circulante: <i>Alycia</i>                                     |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório:                                   |  |
| Tipo de Operação/ Código:                                     | <i>Futup plato hpf R</i><br><i>04 150 300 13</i> |
| Diagnóstico Pós-Operatório:                                   | <i>Otite adot hpf</i>                            |
| Relatório Imediato do Patologista:                            | <i>- tumo epato - liquido</i>                    |
| Exame Radiológico no ato:                                     |  |
| Acidente e Incidentes:  | <i>- hem epato - liquido</i><br><i>peles</i>     |
| Contagem de Compressas: SIM                                   |  |

|   |                                    |                      |
|---|------------------------------------|----------------------|
| Inicio da Cirurgia<br><i>15:00</i>      | Témino da Cirurgia<br><i>16:10</i> | Duração da Cirurgia  |
| Inicio do Oxigênio                      | Témino do Oxigênio                 | Duração do Oxigênio  |
| Duração da Anestesia (Total de Minutos) |                                    | Minutos c/ Acréscimo |

|                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| Anestesia Ocorrências Principais | Classificação da Cirurgia: |
|                                  | LIMPA: <i>X</i>            |
|                                  | POT. CONTAMINADA:          |
|                                  | CONTAMINADA:               |
|                                  | INFECTADA:                 |

*Assinatura da Enfermeira(o)*

*Assinatura Anestesista*

*Maria Magaly Marques Dantas*  
*DRN: 2027*  
*CPF: 04 085 213-04*

MODELO 8.0

*LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA*

*29 OUT. 2018*

*Ass:* \_\_\_\_\_

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201821001201 17/03/2018 20:12 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
FRANCISCO JOSAFA FERNANDES - 5253  
Médico Responsável  
FRANCISCO JOSAFA FERNANDES - 5253  
Procedimento Solicitado  
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

===[ ACOMODAÇÃO ]=====

|                  |                    |                   |                       |
|------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Acomodaçāo/Leito | Tipo de Acomodaçāo | Clínica           | Posto de Enfermagem   |
| 224/2            | ENFERMARIA         | CLÍNICA CIRÚRGICA | POSTO DE ENFERMAGEM 0 |

===[ PACIENTE ]=====

|                                      |           |              |            |                 |
|--------------------------------------|-----------|--------------|------------|-----------------|
| Nome                                 | Sexo      |              |            |                 |
| ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO | MASCULINO |              |            |                 |
| Nascimento                           | Idade     | Religião     | Prontuário | Registro        |
| 11/06/1978                           | 39 Anos   | CATÓLICO (A) | 2445259    | 201802570001181 |

===[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal  
5822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Procedimento Realizado

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data Hora Motivo  
22/03/2018 16:56 ALTA MELHORADO

===[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 22 de março de 2018

Responsável/  
Representante Legal

Natalia Titoziano Araujo  
Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)  
Responsável  
pela Liberação

Giovana Melo Rodrigues  
Nome Legível

Dr. Ivana Melo Rodrigues  
Enfermeira  
EUREN 48481  
Assinatura/Carimbo

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ ADMISSÃO ]=====

|   |            |       |          |                                    |
|---|------------|-------|----------|------------------------------------|
| Número  | Data       | Hora  | Convênio | Classificação                      |
| 201821001201  | 17/03/2018 | 20:12 | PRAXIS   | RUE - SMS                          |
| Caráter de Atendimento  |            |       |          | SISREG AIH                         |
| ELETIVO   |            |       |          | 12600081328                        |
| Origem do Paciente  |            |       |          | Clínica/Especialidade              |
| IJF   |            |       |          | CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA |
| Médico Solicitante  |            |       |          | Médico Responsável                 |
| 5253 - FRANCISCO JOSAFA FERNANDES                                 |            |       |          | 5253 - FRANCISCO JOSAFA FERNANDES  |
| Procedimento Solicitado   |            |       |          | Dias                               |
| 04080805080 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA |            |       |          | 4                                  |

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]=====

|  |                   |                           |                               |              |
|--|-------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------|
| Nome   |                   | Sexo                      |                               |              |
| ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO                         |                   | MASCULINO                 |                               |              |
| Nascimento   | Idade             | Raça/Cor                  | Estado Civil                  | Religião     |
| 11/06/1978   | 39 Anos           | PARDA                     | SOLTEIRO(A)                   | CATÓLICO (A) |
| Mãe  |                   |                           | Pai                           |              |
| TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO                               |                   |                           | GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO |              |
| Conjuge  |                   | Responsável               | Prontuário                    |              |
|  |                   | NATALYA VITORIANO ARAUJO  | 2445259                       |              |
| CNS  | Registro          | Documento Informado       |                               |              |
| 706006855567340  | 201802570001181   | RG: 380050936             | Emissão: 26/05/2003           |              |
| País   |                   | Município de Naturalidade |                               | CEP          |
| BRASIL   |                   | SENADOR POMPEU/CE         |                               | 63603-000    |
| Município de Residência                                      |                   | Logradouro                |                               |              |
| SENADOR POMPEU/CE  |                   | RUA SITIO CATOLE          |                               |              |
| Número   | Complemento       | Bairro                    |                               |              |
| SN   |                   | ZONA RURAL                |                               |              |
| Fone Móvel   | Fone Fixo         | Ponto de Referência       |                               |              |
| (88)9941.26445   |                   |                           |                               |              |
| Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)               |                   |                           |                               |              |
| EMPREGADO FORMAL / MONTADOR DE MOVEIS E ARTEFATOS DE MADEIRA |                   |                           |                               |              |
| ===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]=====                               |                   |                           |                               |              |
| Em caso de urgência avisar                                   |                   | Acomodação/Leito          |                               |              |
| NATALYA  |                   | 224/2                     |                               |              |
| Tipo de Acomodação   | Clinica           | Posto de Enfermagem       |                               |              |
| ENFERMARIA   | CLÍNICA CIRÚRGICA | POSTO DE ENFERMAGEM 03    |                               |              |
| Atendente: maria   | Data: 17/03/2018  | Hora: 20:22:40            | Tempo: 00:09:56               |              |
| ===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]=====                        |                   |                           |                               |              |

NATALYA VITORIANO ARAUJO, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 17 de março de 2018

RESPONSÁVEL

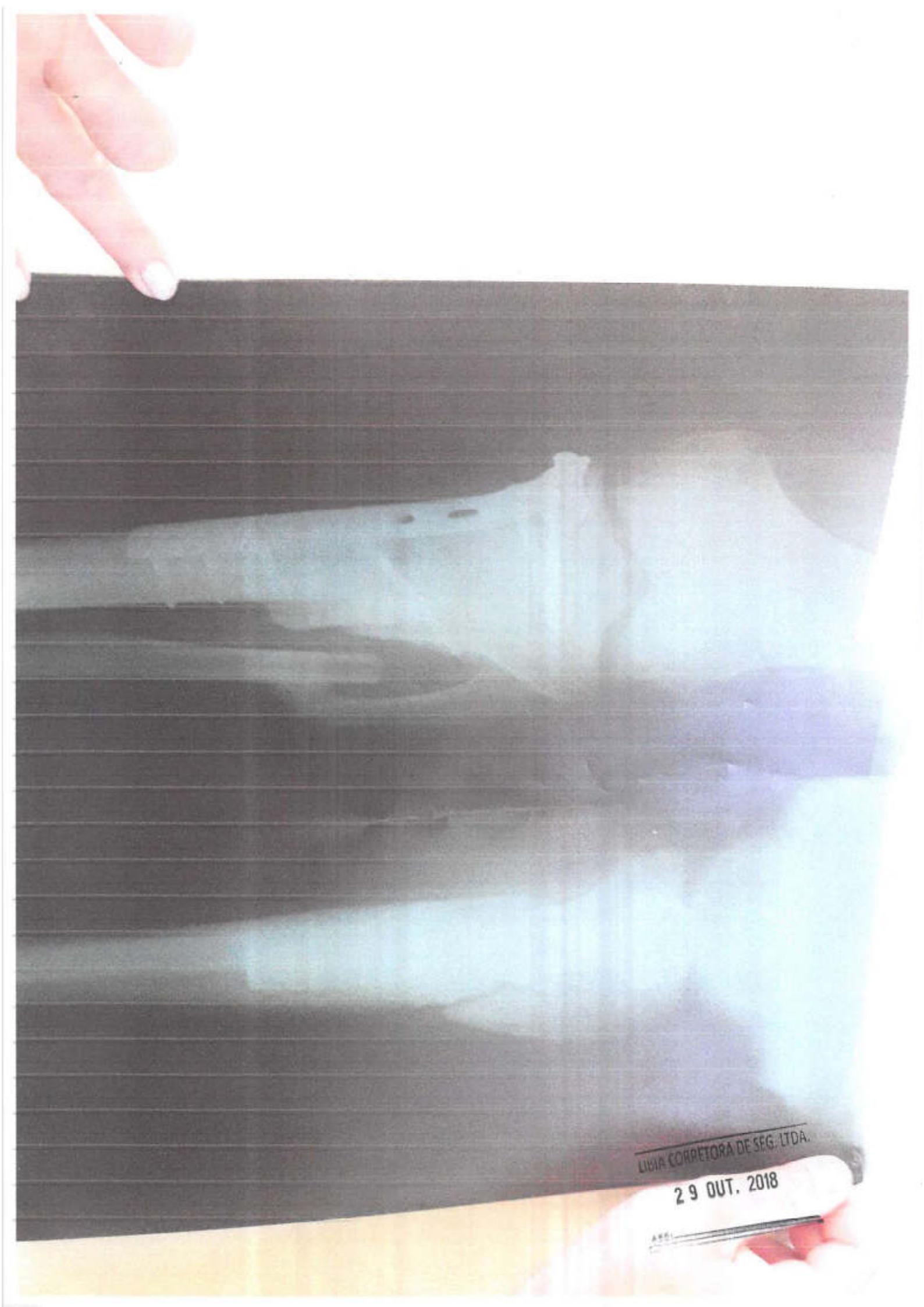
TESTEMUNHAS

Natalya Vitoriano Araujo

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
29 OUT. 2018

29 OUT. 2018  
Belo Horizonte

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>INSTITUTO DR. JOSE FROTA</b>   |  | 2 - CNES: <b>215 2 9 1 4 9</b>                                    |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>INSTITUTO PRAXIS</b>  |  |   |  |
| 4 - CNES:  |  | 5 - NOME DO PACIENTE: <b>ANTONIO ENDARDO CANUTO DO NASCIMENTO</b> |  |
| 6 - DATA NASCIMENTO: <b>11/07/1978</b>   |  | 7 - CARTEO NACIONAL DE SAÚDE: <b>706006855567340</b>              |  |
| 8 - CNPQ: <b>09-SEXO</b>   |  | 9 - PRONTO-ARQUIVO: <b>5554545</b>                                |  |
| 10 - RACA/COR: <b>10.1 - ETNIA</b>   |  | 11 - NOME DA MAE/PAI: <b>TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO</b>       |  |
| 12 - TELEFONE: <b>IN</b>   |  | 13 - NOME DO RESPONSÁVEL  |  |
| 14 - TELEFONE DE CONTAUTO: <b>IN</b>   |  | 15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, Bairro):                      |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>SENADOR ROMPEU</b>  |  |   |  |
| 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: <b>CATOLE, S/N DISTRITO DE ENG. JOSE LOPES</b>   |  | 18 - UF: <b>19 - CEP:</b>   |  |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  |  |   |  |
| PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.   |  |   |  |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  |  |   |  |
| RISCO DE COMPLICAGÕES E AGRAVOS  |  |   |  |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):                                 |  |   |  |
| ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS   |  |   |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:  |  |   |  |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL: <b>S822</b>   |  | 25 - CID10 SECUNDÁRIO: <b>26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:</b>      |  |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TIBIA</b>                           |  |   |  |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <b>0408050500</b>   |  |   |  |
| 29 - CLÍNICA: <b>30 - CRAFTER DA INTERNAÇÃO: 31 - DOCUMENTO: 32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE:</b>                   |  |   |  |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <b>TRAUMA</b>   |  | 34 - DATA SOLICITACAO: <b>( ) CNS ( ) CPE</b>                     |  |
| 35 - ASSINATURA DA CARIMBO (Nº CR): <b>17/03/2018</b>  |  | 36 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO                                     |  |
| 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPICO  |  | 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                |  |
| 39 - CNPJ DA SEGURADORA: <b>40 - N° DO SÍGILHO:</b>  |  | 41 - SERIE: <b>3333.313</b>                                       |  |
| 42 - CNPJ DA EMPRESA: <b>3333.313</b>  |  | 43 - CNPJ DA EMPRESA: <b>3333.313</b>                             |  |
| 44 - CBOR:   |  |   |  |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDENCIAS:   |  |   |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADO ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                            |  |   |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <b>52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR:</b>                       |  |   |  |
| 47 - COD. ORGÃO EMISSOR: <b>48 - DOCUMENTO: 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:</b>             |  |   |  |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <b>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR:</b> |  |   |  |



UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

ABR1



CENTRO DE DIAGNÓSTICO ADOLFO LUTZ  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO COSTA E CAVALCANTE LTDA ME  
CNPJ: 26.676.876/0001-46

## ADOLFO LUTZ

NOME: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

DATA: 11/10/2018

IDADE: 40

### RÁDIOGRAFIA DIGITAL DA Perna Direita

Acavaigamento da diáfise proximal fibular com pontes ósseas associadas (consolidação viciosa de fratura prévia).

Fratura do terço proximal da diáfise tibial com pontes ósseas associadas e esclerose associada (fratura em consolidação ?).

Placas e parafusos de fixação no terço proximal tibial.

  
DR. TÂNIA RATES DUARTE  
MÉDICO RADIOLÓGISTA E INTERVENÇÃOISTA  
MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE  
RADIOLÓGIA  
CRM CE-15817

As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista. A correia conclusão do resultado exige correlação com a clínica, com dados laboratoriais e outros exames de imagem prévios e/ou subseqüentes, já que as patologias são evolutivas e pode haver variação, imprecisão ou ambiguidade na identificação das mesmas de acordo com critérios subjetivos como estágio biológico da moléstia, história natural da doença e processos interativos decorrentes da ação de fatores causais da doença, o que pressupõe investigação mais profunda.



Clínica

## Tobias Lima Verde

Ortopedia • Traumatologia • Fisioterapia • Pilates

### ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Antonio Ednardo Canuto do Nascimento apresenta sequela de fratura na diáfise proximal da tibia e fibula direitas, submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna, com consolidação viciosa e encurtamento do membro. Apresenta edema residual na perna direita e Parestesia no pé direito.

Apresenta incapacidade física parcial e permanente para o trabalho. CID 10 S 82.1 e S 82.4.

Iguatu, 15 de outubro de 2018.



Perito Dr. Antonio Ednardo Canuto do Nascimento  
CRM: 1704  
CPF: 045.523.022-33

📞 (88) 3581-1504

🌐 [/clinicatobiaslimaverde](https://www.facebook.com/clinicatobiaslimaverde)

📍 Rua Senador Pompeu, 99  
Centro - Iguatu-CE

CNPJ: 05.716.063-0001/62

# LAUDO MÉDICO

Atesto que Antônio Edmundo Lambe L Nascimento está enquadrado na definição dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

## 1. ( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- ( ) Paraplegia ( ) Paraparesia ( ) Monoplegia ( ) Monoparesia ( ) Tetraplegia  
( ) Tetraparesia ( ) Triplegia ( ) Triparegia ( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia  
( ) Paralisia cerebral ( ) Ostomias ( ) Amputação ou ausência de membro ( ) Nanismo  
 Membros com deformidades congênitas ou adquiridas

## 2. ( ) DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- ( ) Cegueira - Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) Baixa visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.  
( ) Somatória da medida da campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.  
( ) Visão Monocular - Súmula 377 STJ

## 3. ( ), DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e laudo psiquiátrico)

- ( ) Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

Obs.: No parecer/avaliação psicológica e/ou laudo psiquiátrico devem constar: que a manifestação da deficiência ocorreu antes dos 18 anos, bem como especificar as limitações associadas a áreas de habilidades adaptativas.

## 4. ( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- ( ) Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

## 5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- ( ) Congênita ( ) Doença ( ) Pós-operatório  Acidente Comum ( ) Acidente de Trabalho

## 6. Descrever a deficiência, respectivo grau ou nível e interferências funcionais promovidas pela deficiência:

Síndrome de Sudeck proximal L - Tib - e fibular  
Limita com considerável viciss.  
Apresenta incapacidade fun. Parcial e permanente  
para o trabalho.

## 7. CID da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças): 582.1 e 582.4

Localidade e data: Ipatinga - 15 - Outubro - 2018

Fábio Lemos L. Amorim  
Assinatura/CKM/Especialidade

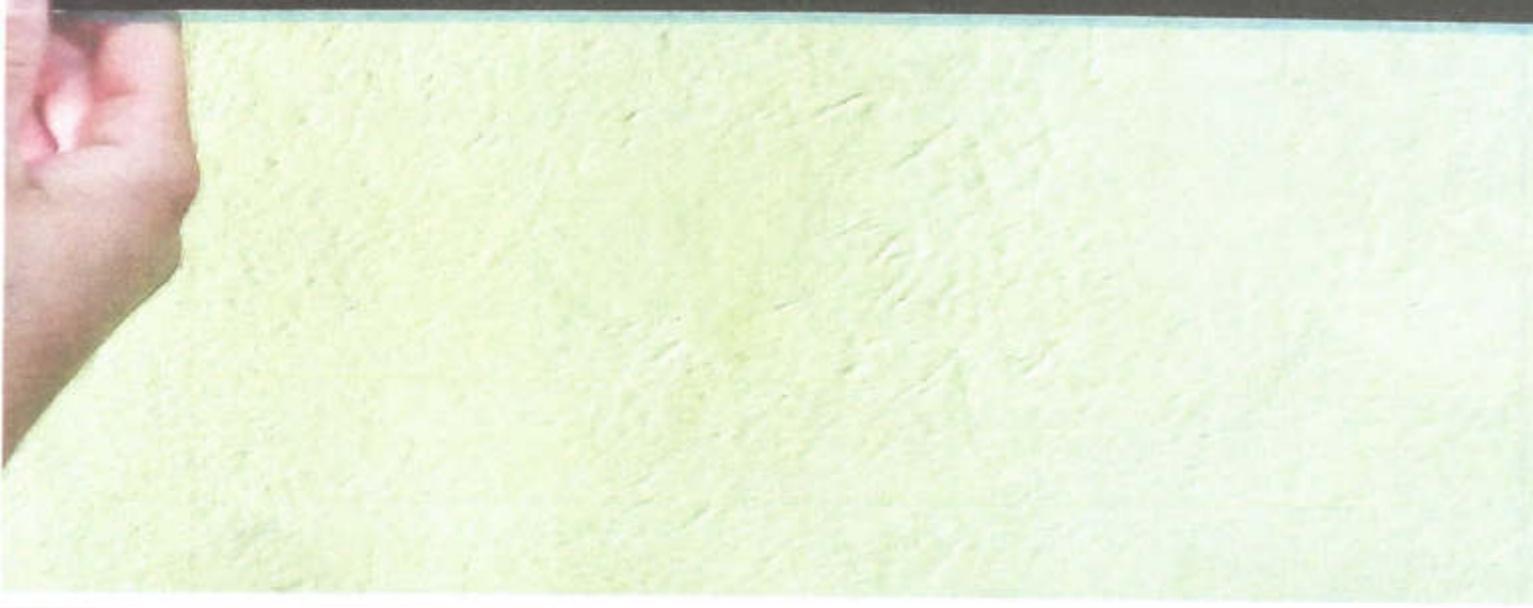
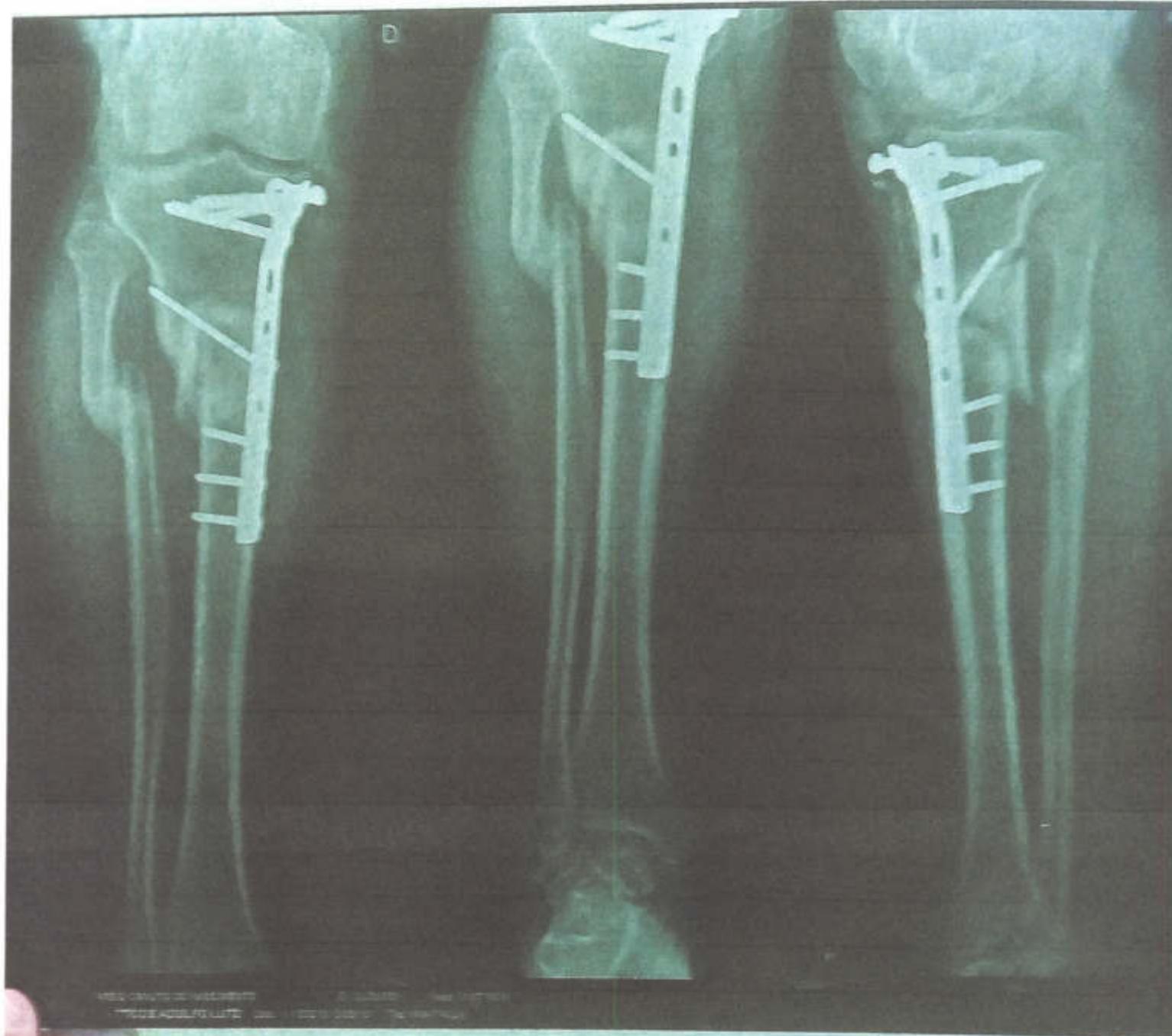
Perito Comunitário  
Ocupacional  
CPF 000.000.000-00  
CRF 11.111

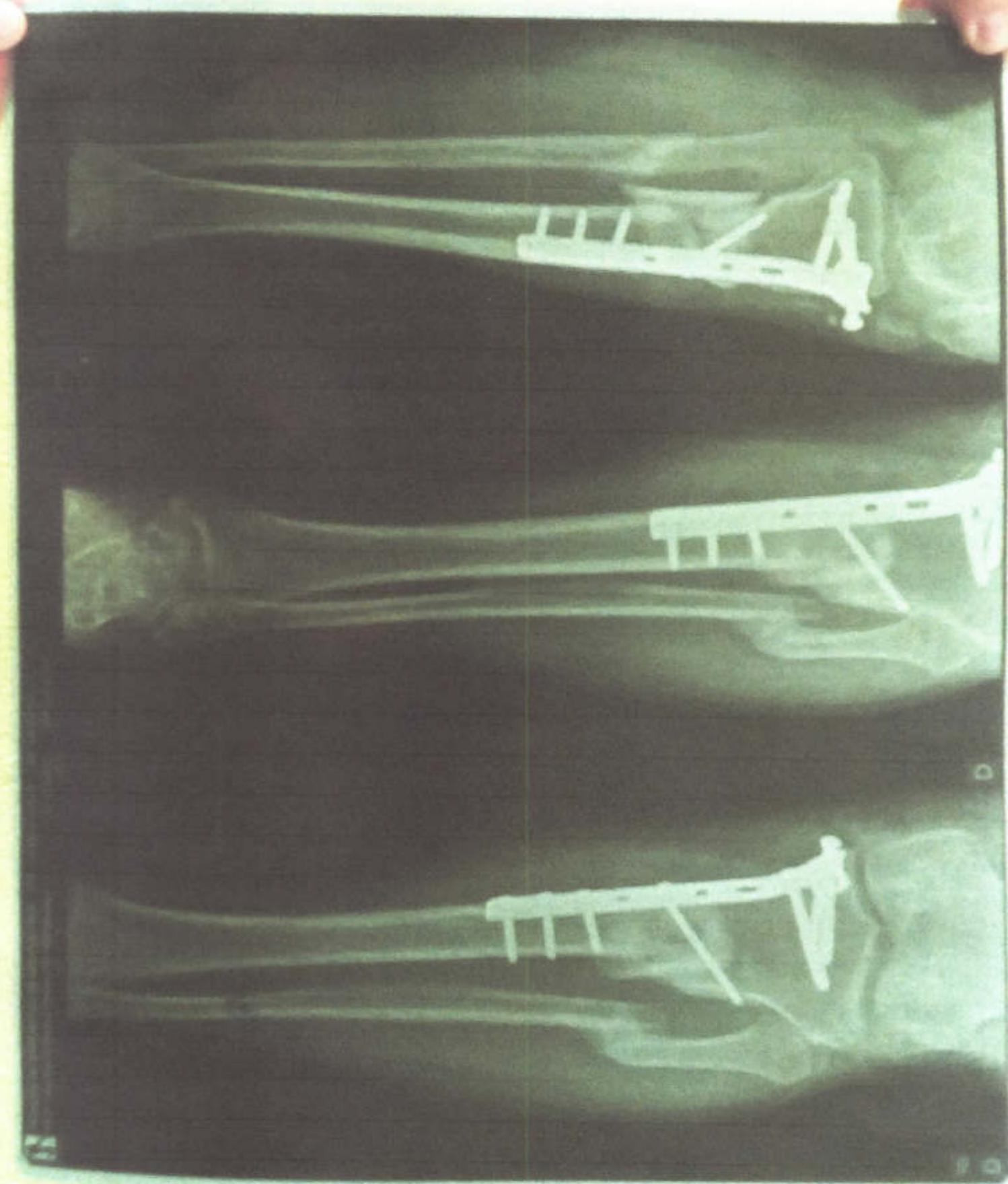
Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296/2004.

Autorizo a apresentação deste Laudo Médico à Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e Data:

Assinatura do Empregado: Antônio Edmundo amaral da nascimento





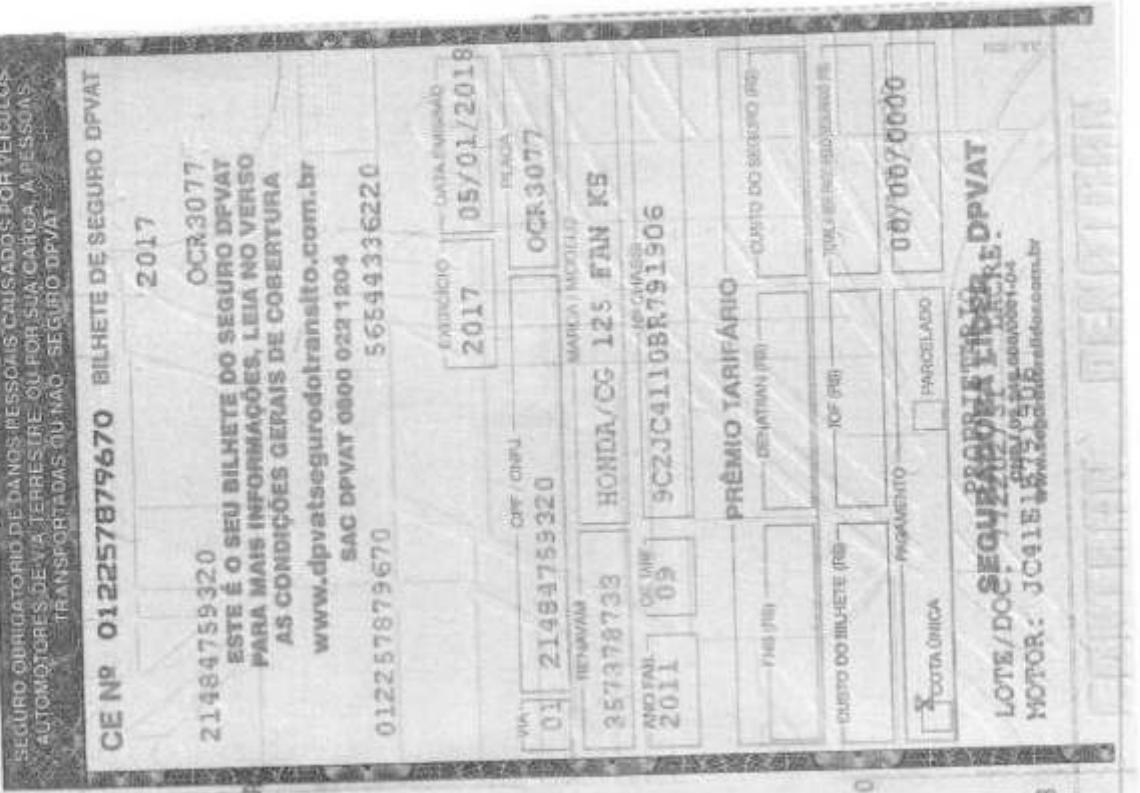
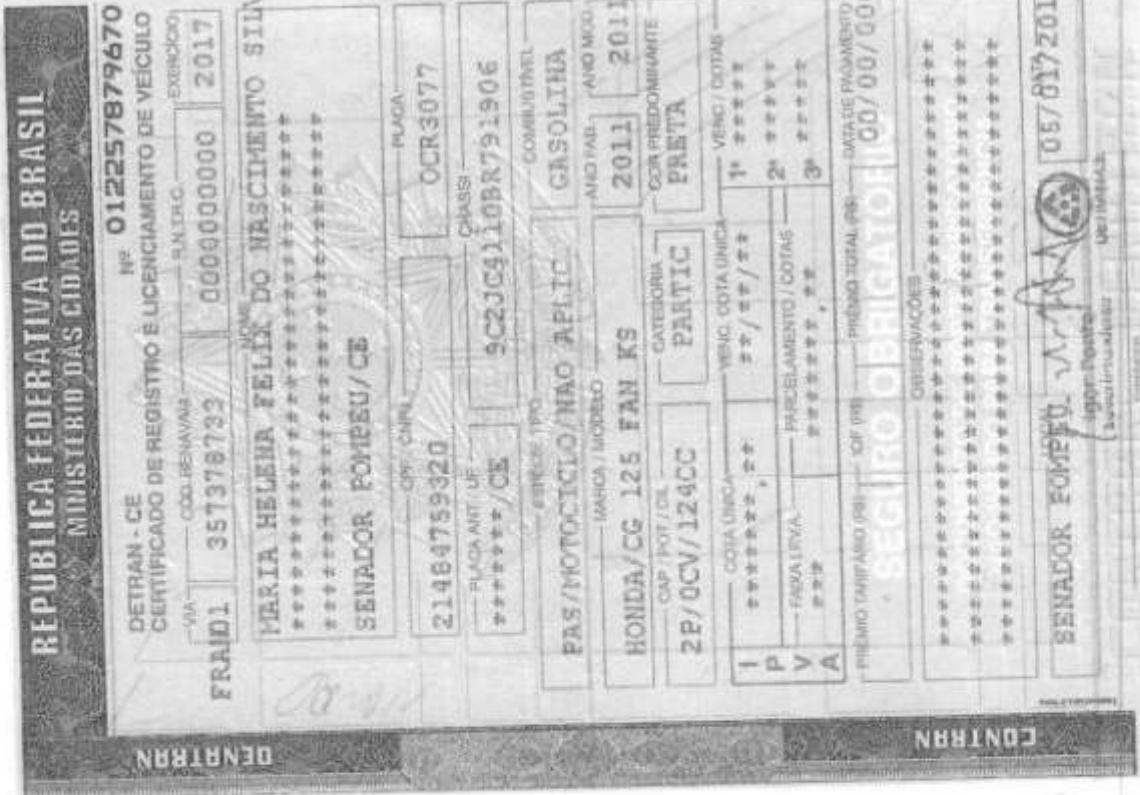






VÉRIFICA

29 OUT. 2018



29 OUT. 2018

LÍBIA CURRETORA DE SEGUROS LTDA.

DENRTBRN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LIBRARY SECTION

SEGURÓ GRABADÓR DEDANOS PESSOALS CAUSADOS PÓR VEHÍCULOS  
AUTOMOTORIS DE VÍA TERRESTRE DÍ HOR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS DÍ MAD - SEGURÓ DE VÍA

|   |                    |
|---|--------------------|
| DETTRAN - CE  |                    |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO |                    |
| PLACA:  | NR. VLR:           |
| VA  | DATA (AAA/AAA/AAA) |
| FAZ/1   | PERÍODO            |
| 357378733   | 2017               |
| HOME  |                    |

MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA

SENADOR POMPEU/CE

21489789320  
0CR3077

... que devo ser... **GRACILIA**

MARCA / MODELO  
HONDA CG 125 TAN KS  
ANO FAB.  
2011  
ANO MODELO  
2011

— CAV. 1001 CH. —  
2P/0CV/124CC

— 1000 UNITS — VPC-5000 DATA LOGIC — LOGIC / DATA —

DATA DE EMISSÃO: 00/00/0000 DATA DE EXPIRAÇÃO: 00/00/0000

OBSEVAÇÕES

中古書院藏書考證卷之二

SENADOR FOMENTO. V. A.  05/01/20

**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**

### Contribuente,

Contribuinte,  
Confira os dados de identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <p><b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br/><b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b></p>               |   |  |
| <b>NÚMERO DE INSCRIÇÃO</b><br><b>25.406.016/0001-83</b><br><b>MATRIZ</b>   | <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b> | <b>DATA DE ABERTURA</b><br><b>08/08/2016</b>             |
| <b>NOME EMPRESARIAL</b><br><b>EDILENE SOARES ROCHA 65073487320</b>   |   |  |
| <b>TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)</b><br><b>JPE DPVAT</b>  |   |  |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL</b><br><b>62.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente</b> |   |  |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS</b><br><b>62.11-3-00 - Serviços combinados da escritório e apoio administrativo</b>  |   |  |
| <b>CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA</b><br><b>213-6 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)</b>   |   |  |
| <b>LOGRADOURO</b><br><b>AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA</b>   | <b>NÚMERO</b><br><b>970</b>                             | <b>COMPLEMENTO</b>                                       |
| <b>CEP</b><br><b>63.600-000</b>  | <b>BAIRRO/DISTRITO</b><br><b>CENTRO</b>                 | <b>MUNICÍPIO</b><br><b>SENADOR POMPEU</b>                |
| <b>ENDEREÇO ELETRÔNICO</b><br><b>[jpedpvt.senpmilh@yahoo.com.br]</b>   |   | <b>UF</b><br><b>CE</b>                                   |
| <b>ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)</b><br><small>outro</small>   |   | <b>DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br><b>08/08/2016</b>   |
| <b>SITUAÇÃO CADASTRAL</b><br><b>ATIVA</b>  |   |  |
| <b>MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>  |   |  |
| <b>SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br><small>outro</small>   |   | <b>DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL</b><br><small>outro</small> |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

... Aprovado pelo MEC em 02/11/2016 às 02:19:33 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 24/11/2016

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
29 OUT. 2018

१८८

Certificado de Origem de Cereais de Minas Gerais emitido pelo SICAR/MS  
<http://www.receita.fazenda.gov.br/Pesquisa/ValidarCertificado>

# Certificado da Condíção de Microempreendedor Individual

## Identificação

**Nome Empresarial**  
 EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

**Nome do Empresário**  
 EDILENE SOARES ROCHA

**Nome Fantasia**  
 JPE DPVAT

**Capital Social**  
 15.000,00

|                         |                      |                   |                |
|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------|
| <b>Nº da Identidade</b> | <b>Órgão Emissor</b> | <b>UF Emissor</b> | <b>CPF</b>     |
| 291827694               | SSP                  | CE                | 650.734.873-20 |

## Condíção de Microempreendedor Individual

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Situação Cadastral Vigente</b> | <b>Data de Início da Situação Cadastral Vigente</b> |
| ATIVO                             | 08/08/2016  |

## Números de Registro

**CNPJ** NIRE  
 25.409.016/0001-83 23-8-0251434-0

## Endereço Comercial

|                            |                                   |               |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------|
| <b>CEP</b>                 | <b>Logradouro</b>                 | <b>Número</b> |
| 63600-000                  | AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA | 970           |
| <b>Bairro</b>              |                                   |               |
| CENTRO                     |                                   |               |
| <b>Município</b>           | <b>UF</b>                         |               |
| SENADOR POMPEU             | CE                                |               |
| <b>Ponto de Referência</b> |                                   |               |
| DEFRONTE O HOSPITAL        |                                   |               |

## Atividades

**Data de Início de Atividades**  
 08/08/2016

**Código da Atividade Principal**  
 82.19-9/99

**Descrição da Atividade Principal**  
 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

**Código da Atividade Secundária**  
 1 82.11-3/00

**Descrição da Atividade Secundária**  
 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

**Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório** - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura Municipal para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na internet, no endereço eletrônico <http://www.portaldoempreendedor.gov.br>. Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM. ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento. Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo:

**Número do Recibo:** ME98291727  
**Número do Identificador:** 00065073487320

29 OUT. 2018  
 VILA CORRETORA DE SEG. LTDA.

ASS:

## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral!

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  |   |  |
|---|---|--|
| CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA  |   |  |
| NUMERO DE INSCRIÇÃO<br>26.409.016/0001-83<br>MATRIZ   | COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE<br>SITUAÇÃO CADASTRAL | DATA DE ABERTURA<br>08/08/2016           |
| NOME EMPRESARIAL<br>EDILENE SOARES ROCHA 65073487320  |   |  |
| TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)<br>JPE DPVAT   |   |  |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS PRINCIPAL<br>02.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente |   |  |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS<br>02.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo   |   |  |
| CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA<br>213-6 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)  |   |  |
| LOGRADOURO<br>AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA  | NUMERO<br>970                                       | COMPLEMENTO                              |
| CEP<br>55.600-000   | BAIRRO/DISTrito<br>CENTRO                           | MUNICÍPIO<br>SENAIOR POMPEU              |
| ENDERECO ELETRÔNICO<br>jpedpvat.senpmlha@yahoo.com.br   |   | UF<br>CE                                 |
| ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)<br>Santos   |   |  |
| SITUAÇÃO CADASTRAL<br>ATIVA   |   | DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL<br>08/08/2016 |
| MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL  |   |  |
| SITUAÇÃO ESPECIAL<br>Inativa  |   | DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL<br>08/08/2016  |

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 24/11/2016 às 02:19:33 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 24/11/2016



# Certificado da Condicão de Microempreendedor Individual

## Identificação

### Nome Empresarial

EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

### Nome do Empresário

EDILENE SOARES ROCHA

### Nome Fantasia

JPE DPVAT

### Capital Social

15.000,00

|                  |               |            |                |
|------------------|---------------|------------|----------------|
| Nº da Identidade | Órgão Emissor | UF Emissor | CPF            |
| 291827694        | SSP           | CE         | 650.734.873-20 |

## Condicão de Microempreendedor Individual

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Situação Cadastral Vigente | Data de Início da Situação Cadastral Vigente |
| ATIVO                      | 08/08/2016                                   |

## Números de Registro

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| CNPJ               | NIRE           |
| 25.409.016/0001-83 | 23-8-0251434-0 |

## Endereço Comercial

|                     |                                   |        |
|---------------------|-----------------------------------|--------|
| CEP                 | Logradouro                        | Número |
| 63600-000           | AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA | 970    |
| Bairro              |                                   |        |
| CENTRO              |                                   |        |
| Município           | UF                                |        |
| SENAIOR POMPEU      | CE                                |        |
| Ponto de Referência |                                   |        |
| DEFRONTE O HOSPITAL |                                   |        |

## Atividades

### Data de Início de Atividades

08/08/2016

Código da Atividade Principal  
82.19-9/99

Descrição da Atividade Principal  
Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Código da Atividade Secundária  
1 82.11-3/00

Descrição da Atividade Secundária  
Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua validade está condicionada à verificação de sua autenticidade na internet, no endereço: <http://www.portaldoempreendedor.gov.br/>. Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM.

ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoasJurídica/CNPJ/ICPI/consulta.asp>

Número do Recibo: ME98291727

Número do Identificador: 00065073487320



Nascimento

Nome

CPF  
Número de identificação

214.814.593-20



COMPRE SEUS  
DOCUMENTOS  
NO SITES  
17.313.100

Proprietária do Véu de  
Luz



CORREIO

Enviado



ANEXO DA DOCUMENTAÇÃO

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213437/18

Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/03/2018

CPF: 891.477.073-72

CPF de:  
Próprio

Titular do CPF: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### **Sinistro**

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

**ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO : 891.477.073-72**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

**EDILENE SOARES ROCHA : 650.734.873-20**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

#### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

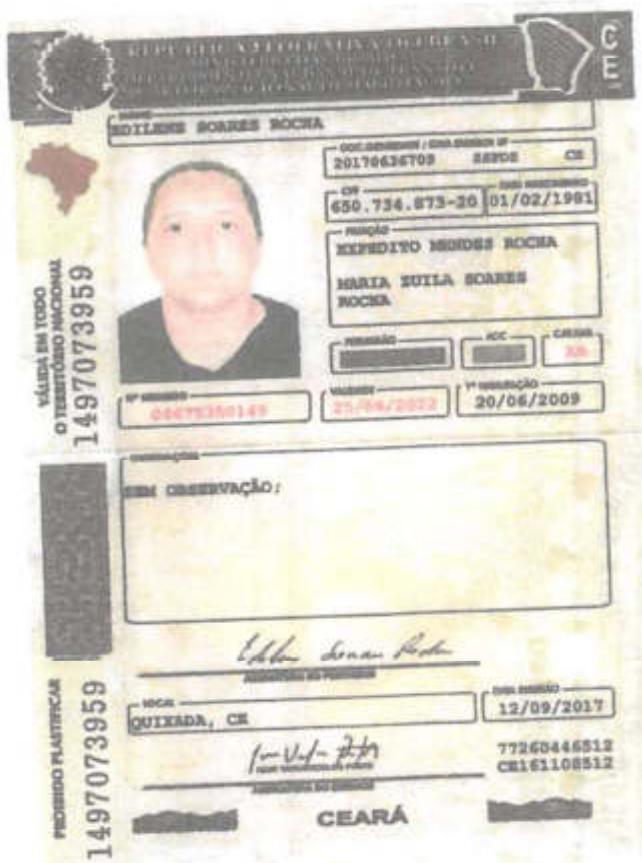
Data da entrega: 14/06/2018  
Nome: EDILENE SOARES ROCHA  
CPF/CNPJ: 650.734.873-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2018  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

EDILENE SOARES ROCHA

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018



Esta é a segunda via de  
MAI/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525308023  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.430 de  
26 de abril de 2002

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 10 014000 08 0185500  
Nome EDILENE SOARES ROCHA  
Endereço Postal

Medidor 644632  
Poste 0000 0

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

**8553131** DV 6

VENCIMENTO

22/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

**51,82**

End. da Unidade AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 CENTRO SENADOR  
Consumidora POMPEU 63600000

RG / CPF / CNPJ 650.734.873-20  
Classe 01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

CGF

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado

22 0 100

Descrição da Conta Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO 100 0,51365 51,36

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 15/05/2018 Prev. Próxima Leitura 15/06/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

3BF4.C369.70CF.636E.7488.3194.FEC9.37AF

**ICMS**

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

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA                     | 26,92 |
| TRANSMISSÃO                 | 2,87  |
| DISTRIBUIÇÃO                | 15,34 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 4,11  |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 2,12  |

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

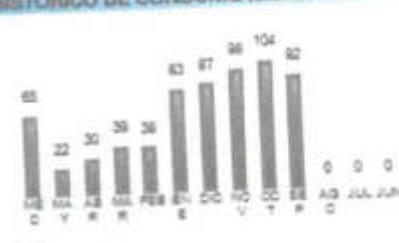
Veja a legenda no verso desta conta. OM: 22,50

Conjunto: SENADOR POMPEU

Mês MAR/ 2018

| DIC (h) | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|---------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|         | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| 5,19    | 10,38             | 20,77 | 0,00  | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| 3,30    | 6,60              | 13,20 | 0,00  | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| 2,94    |                   |       | 0,00  |                     |       |       |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 8553131-6 N° da Nota Fiscal: 525308023 Total a Pagar (R\$): 51,82  
Data de Emissão: 22/05/2018 Referência: MAI/2018 N° de Controle: 0008553131 00009 4310 2 70

83880000000-3 51820031000-8 00085531310-2 00094310209-0



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

6551

V V

eu, Antônio Edwards Canuto do Nascimento  
RG: 380050936 CPF: 891.477.073-72  
montador de móveis, residente no sítio Catolé-  
Senador Pompeu - venho informar que sofrer  
um acidente de trânsito no dia 08/03/2018,  
esse acidente ocasionou uma Fratura  
muito grande na minha perna (Fratura do  
plato tibial direito) por isso fui que  
realizou Cirurgia e em seguida Fazer  
Fisioterapia. apesar de ter finalizado todos  
tratamentos indicados pelo médico fiquei  
com sequelas na minha perna que me  
impossibilita de realizar minhas atividades  
normais. diante disso, solicito que meu  
processo seja reavaliado, e que se realize  
perícia médica com profissional devidamente  
qualificado para que se comprove a  
veracidade dessas informações e eu possa  
ser devidamente indenizado conforme tabela  
do Seguro DPVAT.

desde já agradeço a atenção

 Antônio Edwards Canuto do Nascimento

17/10/2018

 CORRETORA DE SEG. LTDA.

 29 OUT. 2018





Proposta ao Verbal



29 OUT. 2018



CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508517      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 completa da mobilidade de um joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508517      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 completa da mobilidade de um joelho | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508517      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
 NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO, NO VALOR DE R\$1.687,50. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 32,2 %                                       | 22,54%           | R\$ 3.042,90                 |
| <b>Total</b>  |   |   | <b>22,54 %</b>   | <b>R\$ 3.042,90</b>          |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

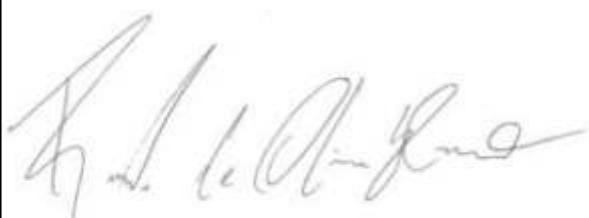
**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508517      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO, NO VALOR DE R\$1.687,50. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 32,2 %                                       | 22,54%           | R\$ 3.042,90                 |
| <b>Total</b>  |   |   | <b>22,54 %</b>   | <b>R\$ 3.042,90</b>          |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508517      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do platô tibial direito e da fíbula direita.

**Descrição do exame** Bloqueio articular do joelho direito associado a encurtamento do membro acarretando limitação funcional do membro  
**médico pericial:** inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico das fraturas descritas (fixação com placa e parafusos).

Realizou fisioterapia.

Recebeu alta médica em 10/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do membro inferior direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/12/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho direito, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior direito.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

**Médico examinador:** FERNANDO HIGOR FAYAD FERNANDES VIEIRA

**CRM do médico:** 12721

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 32,1 %                                       | 22,47%           | R\$ 3.033,45                 |
| <b>Total</b>  |   |   | <b>22,47 %</b>   | <b>R\$ 3.033,45</b>          |

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508517      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do platô tibial direito e da fíbula direita.

**Descrição do exame** Bloqueio articular do joelho direito associado a encurtamento do membro acarretando limitação funcional do membro  
**médico pericial:** inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico das fraturas descritas (fixação com placa e parafusos).

Realizou fisioterapia.

Recebeu alta médica em 10/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do membro inferior direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/12/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho direito, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior direito.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

**Médico examinador:** FERNANDO HIGOR FAYAD FERNANDES VIEIRA

**CRM do médico:** 12721

**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 inferiores | 70 %   | Em grau leve - 32,1 %                                | 22,47%         | R\$ 3.033,45          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>22,47 %</b> | <b>R\$ 3.033,45</b>   |

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antonio Eduardo Canuto do Nascimento  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: sócio  
Profissão: funcionário  
Identidade: 38005093 - 6 CPF: 891.477.073 - 72  
Endereço: Sítio Cató  
Bairro: Zona Rural  
Cidade: Senador Pompeu CEP: 63.600,000

### OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional  
Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro; Cidade: Senador Pompeu- Ceará,  
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antonio Eduardo Canuto do Nascimento.

Local e data:

Senador Pompeu-CE , 07 de Junho de 2018.



CONHEÇO FIRMA Antonio Eduardo Canuto do Nascimento N.º 323.01  
O Referido é verdade. Dou Fé.  
Senador Pompeu-CE, de 07 de Junho de 2018  
Em testemunha da Verdade  
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Intervina



CONHEÇO FIRMA Antonio Eduardo Canuto do Nascimento N.º 323.01  
O Referido é verdade. Dou Fé.  
Senador Pompeu-CE, de 07 de Junho de 2018  
Em testemunha da Verdade  
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Intervina  
N.º CJ 209572 - ABWQ

CONHEÇO FIRMA Antonio Eduardo Canuto do Nascimento N.º 323.01  
O Referido é verdade. Dou Fé.  
Senador Pompeu-CE, de 07 de Junho de 2018  
Em testemunha da Verdade  
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Intervina  
N.º CJ 209572 - ABWQ

*fca. Lindete de Souza Sardinha  
2º Substituto*

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE (Beneficiário)**

OUTORGANTE (Assinatura):  
Nome: Antônio Eduardo Canuto do Nascimento  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: sócio  
Profissão: monjader CPF: 891.477.073-72  
Identidade: 38005093 - 6  
Endereço: Sítio Catate  
Bairro: zona Rural CEP: 63.600,000  
Cidade: monjader pompeu

**OUTORGADO (Procurador)**

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional  
Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará,  
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antônio Edmundo Ferreira da Cunha,  
CORRETORA DE SEG. LTDA.

Local e data:

29 OUT. 2018

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



MENTE COM O  
UTÊNCIADADE  
**CARTÓRIO 1º OFÍCIO**  
DILVANA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interna  
(88) 3440-8275 - Senador Pompeu/CE

Fca. Lindete de Souza Saraiva  
2º Substituto

OFÍCIO *Castro do Rosário*  
O Referido é verdade. Dou Fé.  
Senador *Poupa* 26 de *Setembro* de 1901

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA  
Titular Interina

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394723/18

**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

**CPF:** 891.477.073-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/03/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Estatuto ou contrato social  
Procuração

### ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO : 891.477.073-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: EDILENE SOARES ROCHA  
CNPJ: 25.409.016/0001-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

EDILENE SOARES ROCHA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394723/18

**Número do Sinistro:** 3180508517

**Vítima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

**CPF:** 891.477.073-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/03/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018  
Nome: EDILENE SOARES ROCHA  
CNPJ: 25.409.016/0001-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

EDILENE SOARES ROCHA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

---

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO  
**Nº Sinistro:** 3180508517  
**Vitima:** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 08/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDILENE SOARES ROCHA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508517**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180508517**

**Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 08/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILENE SOARES ROCHA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você