

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

Nº Sinistro: **3180302416**

Vitima: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

Data do Acidente: **15/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180302416**.

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** 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**

Carta nº 13055619



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13120445

A/C: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Nº Sinistro: 3180302416  
Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA  
Data do Acidente: 15/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 0000021451-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Nº Sinistro: 3180302416

Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180302416**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Carta nº 13623388



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      |
|                           | 032.304.233-30 | Maria Bucilene de A. Moreira |

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

|                                   |                |                      |             |           |  |
|-----------------------------------|----------------|----------------------|-------------|-----------|--|
| Nome completo                     |                | CPF titular da conta |             | Profissão |  |
| Maria Bucilene de Almeida Moreira |                | 032.304.233-30       |             | Empregada |  |
| Endereço                          |                | Número               | Complemento |           |  |
| Rua Antonio Matias                |                | 515                  | Casa        |           |  |
| Bairro                            | Cidade         | Estado               | CEP         |           |  |
| vila São Paulo                    | Guixanópolis   | Pernambuco           | 63.800-000  |           |  |
| E-mail                            | Telefone (DDD) |                      |             |           |  |
| Recuso informar                   | 181 9.94039641 |                      |             |           |  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECURSO 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           |      |                                                        |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) |      |                                                        |      | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |      |                                                        |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)                                                                                                                                                                     |      |                                                        |      | BANCO<br>Nome: _____ NRO: _____                           |      |                                                        |      |
| AGÊNCIA NRO.                                                                                                                                                                                                                          | DIV. | CONTA NRO.                                             | DIV. | AGÊNCIA NRO.                                              | DIV. | CONTA NRO.                                             | DIV. |
| 0243                                                                                                                                                                                                                                  |      | 00021451                                               | 6    |                                                           |      |                                                        |      |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                          |      | (Informar dígito se existir)                           |      | (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.

Guixanópolis, 16 de abril de 2018

Local e Data

Maria Bucilene de Almeida Moreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Logo

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147 - PORTALEZINHA

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

032.304.233-30

Nome completo da vítima

Maria Lucilene de A. Moura

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

|                                                  |  |                                        |  |                                   |  |
|--------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Nome completo<br>Maria Lucilene de Almeida Moura |  | CPF titular da conta<br>032.304.233-30 |  | Profissão<br>Empregada            |  |
| Endereço<br>Rua Antonio Matias                   |  | Número<br>525                          |  | Complemento<br>Casa               |  |
| Bairro<br>Vila São Paulo                         |  | Cidade<br>Guixiramaokim                |  | CEP<br>63.800-000                 |  |
| Email<br>Recuso informar                         |  | Estado<br>Paraná                       |  | Telefone (DDD)<br>(18) 9.94039641 |  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECLUSO 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                     |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)    |                                                        |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 2843 DV <input type="checkbox"/><br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | <b>BANCO</b><br>Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> |                                                        |
| <b>CONTA</b><br>NRO. 00021451 DV 6<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        | <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> |                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        | <b>CONTA</b><br>NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/>   |                                                        |

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.

Guixirama 16 de Abril de 2018  
Local e Data

maria lucilene de almeida moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

WDR

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-PORTALEZACE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

437567  
0142434/118  
3180182192**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 872 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/04/2018 08:44:02**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2018 01:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA TRANSVERSAL À GENERAL BIZARRIA**  
Complemento: **PRÓXIMO AO CLUBE DO VAQUEIRO**  
Bairro: **SABONETE** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**  
Nascimento: **30/11/1990** CPF: **032.304.233-30**  
RG: **20050211097978** Orgão Emissor:  
Filiação: **MARIA SONIA DE ALMEDIA OLIVEIRA**  
**ANTONIO MOREIRA DA SILVA**  
Endereço: **RUA ANTONIO MATIAS, 525**  
Bairro: **VILA SÃO PAULO**  
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
País: **BRASIL**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
UF:

20 ABR 2018

GENTE SEQUESTRADA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lote 147 - FORTALEZA/CE

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NQX3439** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:  
**9C2KC1620AR007884** Renavam: **170734765** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** Ano  
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO LOBO JUNIOR** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando a motocicleta supra citada quando de repente colidiu com outra motocicleta não indentificada: Que devido a colisão a declarante foi ao solo; Que na queda a declarante sofreu fratura da perna esquerda; Que no momento do acidente a declarante ficou desorientada; Que não sabe informar quem era o condutor da outra motocicleta que bateu nela; Que a declarante foi socorrido por um um popular para o hospital de Quixeramobim-CE; Que a declarante realizou cirurgia na perna esquerda; Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Francisco Lobo Junior, RG: 275783293 e Antonio Fidelis Sobrinho, RG: 4002312768; Que a declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



**BOLETIM DE Ocorrência N° 536 - 872 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** g mario buculini de almeida morais

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

437567  
0142434/18  
3180182/92

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA  
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 872 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/04/2018 08:44:02**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2018 01:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA TRANSVERSAL À GENERAL BIZARRIA**  
Complemento: **PRÓXIMO AO CLUBE DO VAQUEIRO**  
Bairro: **SABONETE** Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**  
Nascimento: **30/11/1990** CPF: **032.304.233-30**  
RG: **20050211097978** Orgão Emissor:  
Filiação: **MARIA SONIA DE ALMEDIA OLIVEIRA**  
**ANTONIO MOREIRA DA SILVA**  
Endereço: **RUA ANTONIO MATIAS, 525**  
Bairro: **VILA SÃO PAULO**  
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**  
País: **BRASIL**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
UF:

20 ABR 2018

GENTE SEQUESTRADA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTEALEZ/CE

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NQX3439** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:  
**9C2KC1620AR007884** Renavam: **170734765** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** Ano  
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO LOBO JUNIOR** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte: Que na data, hora e local, acima citados, vinha guiando a motocicleta supra citada quando de repente colidiu com outra motocicleta não indentificada: Que devido a colisão a declarante foi ao solo; Que na queda a declarante sofreu fratura da perna esquerda; Que no momento do acidente a declarante ficou desorientada; Que não sabe informar quem era o condutor da outra motocicleta que bateu nela; Que a declarante foi socorrido por um um popular para o hospital de Quixeramobim-CE; Que a declarante realizou cirurgia na perna esquerda; Que tem como testemunha do acidente as pessoas de Francisco Lobo Junior, RG: 275783293 e Antonio Fidelis Sobrinho, RG: 4002312768; Que a declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência; Que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****EDINILDO FERREIRA LIMA - MAT.: 198785-1-1**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 872 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** maria burlacu de almeida mouri

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7**



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 interdictada 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

Maria Lucilene de A. Moreira

CPF da Vítima

032.304.233-30

Data do Acidente

15/01/2018

**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:

Assinilar 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Guiximã 16 de Abril de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20. ABR 2018

SETE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Lda 167 - PORTALEZACE

Maria Lucilene de Almeida Moreira

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

Maria Bucilém de A. Almeida

CPF da Vítima

032.304.233-30

Data do Acidente

15/01/2018**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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lda 140-FORTALEZA

Quiximé 16 de abril de 2018

Local e Data

x maria bucilém de almeida almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 15/04/18 Horário: \_\_\_\_\_ Nº 24

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcos Leucilene de Almeida Moreira

Estado Civil: Desquitado Sexo: Hom Idade: 27a

Data de Nascimento: 30/11/90

SUS: 84800852662337 Tel: \_\_\_\_\_

Naturalidade: GO

Profissão: Doméstica 03.01.03.0061

Residência: Quilom. Pontal I Bairro: \_\_\_\_\_

2 - Diagnostico: Pré e pós parto

3 - Procedimento: Exame + ultrassom

Assinatura: Pierre Aguiar Neto

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 11:53:00

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 11:53:00



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 15/04/18 Horário: \_\_\_\_\_ Nº 24

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Leiliane de Almeida Moreira

Estado Civil: Casada Sexo: F Idade: 27

Data de Nascimento: 30/11/90

SUS: 848002752662337 Tel: \_\_\_\_\_

Naturalidade: Quixeramobim

Profissão: Doméstica

Residência: Jardim Norte 1. Bairro: \_\_\_\_\_

2 - Diagnóstico: \_\_\_\_\_

3 - Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo  
St. André Pierre Aguiar Neto

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTEALEZA

# 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: 16/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000021451-6

---

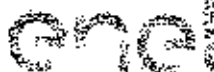
Nr. da Autenticação E5CE7D0D771B353A

Contatos Marcação  
Perícia Médica  
(88) 9.92451228  
(88) 9.96409100  
(88) 9.92066368

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
CENTE SEGURODORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, 1.º de 14-ETARIZANCE

|                    |            |                      |                           |
|--------------------|------------|----------------------|---------------------------|
| Nº do Cliente:     | 5975031-6  | Referência:          | Mar/2018                  |
| Data de Emissão:   | 06/03/2018 | Total a Pagar (R\$): | 58,46                     |
| Nº da Nota Fiscal: | 535777069  | Nº do Controle:      | 0005975031 00019 34572 30 |





COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ  
CNPJ 07.047.281/0001-70 - C.A.F. 35.702.235-3  
Av. Brasil, 44 - Bairro: 2017 Fortaleza - CE - CEP 60127-900

## Boleto para Pagamento

Nº DO CLIENTE: 9125933

MUNICÍPIO: QUIXERAMOBIM

CEP: 63.000-000

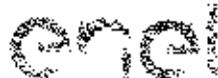
RUA: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

020.843.123-86

ENDEREÇO: RU JOSE CAMPOS TORQUATO 05000 BX 05 - RODOVIANIA

| Mês/Ano               | Vencimento | Cons. kWh | Valor em R\$ |
|-----------------------|------------|-----------|--------------|
| 03/2018               | 10/05/2017 | 30        | 32,13        |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |            |           | 32,13        |
| TOTAL A PAGAR         |            |           | 32,13        |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
20 ABR 2018  
  
CENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA



COMPROVANTE ENEL

Boleto para Pagamento

MUNICÍPIO

QUIXERAMOBIM

ROTA

TOTAL A PAGAR

019.028082.05.00190300

32,13

Nº DO CLIENTE  
9125933

88870000000-1 22130031000-7 90091259330-0 00041400257-1



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE 0-4) N°**

Rota: 03 28030 01 057000 - 7 Data de Emissão: 06/03/2018  
 Nome: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA  
 End. Postal: RU ANTONIO MATIAS 00525 VILA SAO PAULO - QUIXERAMOBIM - 03300000  
 Medidor: 7072296 Poste: 0000 0000  
 Classe: 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO  
 RG/CPF/CNPJ: 032304233-30  
 Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

| DADOS                 |                      |                 | ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO  |  |  |                     |  |  |
|-----------------------|----------------------|-----------------|--------------------------------------|--|--|---------------------|--|--|
| Mês de Referência     | Data de Apresentação | Próxima Leitura | Veja a legenda no verso desta conta. |  |  |                     |  |  |
| Mar/2018              | 06/03/2018           | 04/04/2018      | QUIXERAMOBIM                         |  |  |                     |  |  |
| ÍNDICE                |                      |                 | Fator de Qualidade                   |  |  | ELES 20.27          |  |  |
| Base de Cálculo (R\$) |                      |                 | Aparição Individual                  |  |  | Aparição Individual |  |  |
| Alíquota              |                      |                 | Valor do Imposto                     |  |  | Valor do Imposto    |  |  |
| ISENTO                |                      |                 | ONG                                  |  |  | FIC                 |  |  |
| DMC                   |                      |                 | DMC                                  |  |  | DMC                 |  |  |

| INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO |                |        |               |              |              |                  |             |             |             |
|--------------------------------------------|----------------|--------|---------------|--------------|--------------|------------------|-------------|-------------|-------------|
| Leit. Atual                                | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Incl. | Const. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) | Valor (R\$) | Valor (R\$) |
| 16293                                      | 16215          | 1.00   | 78            | 0.00         | 0.00         | 2.1442           | 16.68       | 1.66        | 1.66        |

VALOR CONSUMO DO MES: 19.02  
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL: 7.68  
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA: 0.82  
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR: 30.96

| VENCIMENTO: 13/03/2018         |       | TOTAL A PAGAR (R\$): 58,48 |  |
|--------------------------------|-------|----------------------------|--|
| COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO |       |                            |  |
| Energia                        | 19.02 |                            |  |
| Iluminação                     | 7.68  |                            |  |
| Distribuição                   | 0.82  |                            |  |
| Encargos Sociais               | 1.66  |                            |  |
| Tributos (PIS-COFINS)          | 0.00  |                            |  |
| TOTAL                          | 29.24 |                            |  |

| CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh) |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica  | Compensação (kg CO <sub>2</sub> ) | Correspondência (Ecológica (R\$CO <sub>2</sub> )) |
|                                                          | 33,71                             | 0,00                                              |

| CONTAS EM ATRASO                                                                                                                                                                                             |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| AVISO DE DEBITO VENCIDO:                                                                                                                                                                                     | DEBITOS ANTERIORES                                 |
| Informamos existir débitos vencidos sem adrechos legais até esta data, no valor de R\$ 33,46. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga. | Per. Ant. 12/2017 51,45<br>Per. Ant. 01/2018 46,03 |

Consta desta fatura R\$ 1,66 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,7% e COFINS: 0,64%  
 Para o mês de março -18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

Nº do Cliente: 5975031-6 Referência: Mar/2018  
 Data de Emissão: 06/03/2018 Total a Pagar (R\$): 58,48  
 Nº da Nota Fiscal: 515777069 Nº do Controlador: 0005975031 00049 39572 30  
 83-800000000-5 58480031000-7 00059750310-9 00499957200-0

Contatos Marcas  
 Perícia Médica  
 (88) 9.92451228  
 (88) 9.96409100  
 (88) 9.92066368

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 2 0 ABR 2018  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Dom Luís, 306, Lote 147-FORTALEZA

**enel**COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA  
CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.O.F. 38.105.848-3  
Av. Barão de São Carlos 2917 Fortaleza/CE - CEP 60127-900**Boleto para Pagamento**

Nº DO CLIENTE 9125933

MUNICÍPIO QUIXERAMOBIM

CEP 63.800-000

NOME PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

020.843.123-88

ENDEREÇO RUA JOSE CAMPOS TORQUATO 60000 BX 05 - RODOMARIA

| GRANDEZA              |            | CÁLCULO   |              |
|-----------------------|------------|-----------|--------------|
| Mês/Ano               | Vencimento | Cons. kWh | Valor em R\$ |
| 03/2018               | 10/05/2017 | 30        | 32,13        |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |            |           | 32,13        |
| TOTAL A PAGAR         |            |           | 32,13        |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 107-PORTALEZACE**enel****COMPROVANTE ENEL****Boleto para Pagamento**

MUNICÍPIO

ROTA

QUIXERAMOBIM

TOTAL A PAGAR

018.028030.03.00130000

32,13

Nº DO CLIENTE  
9125933

838700000000-1 32130031000-7 00091259330-0 00041400257-1



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:

<https://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 Paulo José Alves de Moraes inscrito (a) no CPF 070.643.123 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria R. de A. Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.304.233 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Maria R. de A. Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.304.233 / 30, 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 Líder-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<br><u>Rua Jose Campos Torquato</u> |                          | Número<br><u>51N</u>                           | Complemento<br><u>BX 05</u>                    |
| Bairro<br><u>Colônia Maria</u>              | Cidade<br><u>Quixadá</u> | Estado<br><u>Paraíba</u>                       | CEP<br><u>63.800-000</u>                       |
| Email<br><u>Recuso informar</u>             |                          | Telefone comercial (DDD)<br><u>0800 606368</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>1819 92066368</u> |

Quixadá 16 de abril de 2018  
Local e Data

Paulo José Alves de Moraes  
Assinatura do Declarante

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO     |
| 23 ABR 2018                                                       |
| GENTE SEGUROADORA S/A<br>Av. Dom Luís, 300, Lda 187 - PORTALEZACE |

## 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo José Alves de Moraes inscrito (a) no CPF 020.643.123 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria R. de A. Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.304.233 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Maria R. de A. Moreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.304.233 / 30, 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<br><u>Rua Jose Campos Torquato</u> |                          | Número<br><u>514</u>                             | Complemento<br><u>BX 05</u>                     |
| Bairro<br><u>Colônia</u>                    | Cidade<br><u>Quixadá</u> | Estado<br><u>CE</u>                              | CEP<br><u>63-800-000</u>                        |
| Email<br><u>Recuso informar</u>             |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>18819-92066368</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>18819-92066368</u> |

Quixadá 16 de Abril de 2018  
Local e Data

Paulo José Alves de Moraes

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 142-FORTALEZA

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Lobo Junior

RG nº 275783293, data de expedição 29/10/15,  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 320.027.863-72, com  
domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Carlos Alberto Correia Lima, nº 159,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria Lucilene de A. Moreira cujo o condutor era  
Maria Lucilene de Almeida Moreira

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES

Ano: 2008/2010

Placa: MOX 3439

Chassi: 9C2K C1620AK 007884

Data do Acidente: 15/03/2018

Local e Data: Quixeramobim/CE - 04/04/2018

RECONHECIMENTO  
1º OFÍCIO

Francisco Lobo Junior  
Assinatura do Declarante

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

**ANTONIO 1º OFÍCIO**  
**QUIXERAMOBIM - CE**  
Rua: Canga Azeiteiro, 154  
Bairro: Centro - CEP: 63.500-000  
FONE: 33.914.0000/0001-00

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:  
Francisco Lobo Junior  
Declarante  
Data: 04 ABR 2018  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.  
Dep. Santos Coutinho  
Escriturante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
GENTE SEGURO SIA  
Av. Dom Luís, 300, Lda 147 - PORTALEZINHA

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Francisco Lobo Junior  
RG nº 275783293, data de expedição 29/10/15,  
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 720.027.863-72, com  
domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Carlos Alberto Correia Lima, nº 159,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria Lucilene de S. Moreira cujo o condutor era  
Maria Lucilene de Almeida Moreira

Veículo: MONOCICLO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES

Ano: 2008/2010

Placa: NRX 3439

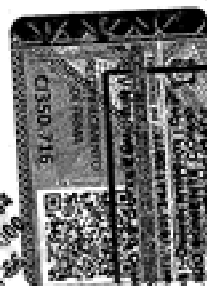
Chassi: 9C2K C1620AR007884

Data do Acidente: 15/01/2018

Local e Data: Quixeramobim/CE - 04/04/2018

Francisco Lobo Junior  
Assinatura do Declarante

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



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:  
Francisco Lobo Junior  
\_\_\_\_\_  
Dou Fé. Outraramobim, 04 ABR 2018  
Em testemunho, \_\_\_\_\_ da verdade.  
José Santos Coutinho  
ESCRITURANTE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
GENTE SEGURODORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA

**CANTORIO 1º OFÍCIO**  
**QUIXERAMOBIM - CE**  
Rua: Cônego Aureliano Melo, 154  
Bairro: Centro - CEP 63.200-000  
EXPL: 75.914.000001-25



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA  
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hrgp@postnetmail.com  
QUIXERAMOBIM-CE

DIAGNOSTICO DE ADMISSÃO

IDENTIFICACAO:

NOME: Marcelo de Almeida Moreira Nº REG: 90.983

DATA NASCIMENTO: 20/11/1990 IDADE: 27 COR: parda SEXO: F ( ) M ( )

EST. CIVIL: solteiro NATURALIDADE: Quixeramobim NACIONALIDADE: brasileira

CNS: 898.009152669337 DOCUMENTAÇÃO: 8005038091978

PROFISSÃO: do lar TELEFONE: ( ) Nº B

ENDEREÇO: Rua dos Indígenas CIDADE: Quixeramobim UF: CE

AIRRO: padaria norte 1

PAI: Artur de Almeida de Silva

MÃE: Marina de Almeida Moreira

RESPONSÁVEL: Luiz Danilo Ferreira de Almeida TELEFONE: 89892637164

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: sim ANO: 2015 MÊS: agosto

SUMARIO DE HDA: Paciente com dor

2 por de no dor

EXAME FISICO: Clínico e de exames

20-04-2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lote 14, FORTALEZA

ASSINATURA E CARIMBO

[Assinatura]

DATA: 15/01/2018 HORA: 14:15h

CLINICA: Unidade Primária

DATA SAÍDA: 20/01/18

CODIGO: 00000000 CID: 52222

TEMPO PERMANENCIA:

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ A PEDIDO ☐

EVASÃO ☐ TRANSFERENCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

CODIGO DASOLICITAÇÃO: 14360084200

INTERNAÇÃO: 15/01/2018

ALTA: 1 / 1 / 2018 **ALTA**



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

10 - Levantado de 2012

Scopolammina

1/2 - 100 + 100 cada 8h

IV de 8h

Alfentanil 2 - 180000 - 1000

6 - 1/2 - 100

8

NOME: **Olávia Luíza de Almeida e Oliveira**  
 ENF: **40**  
 LEITO: **40**  
 APROXIMADO: **40**

IDADE: **27a**  
 ANO: **2018**

RG: **40.231**  
 ADMISSÃO: **15/01/2018**

CLÍNICA: **cirúrgica**  
 DATA: **15/01/2018**

DIAGNÓSTICO: **Fratura distal do osso da perna**  
 EVOLUÇÃO DO PACIENTE

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

HT: Presente, emenda, sem  
 utada, realimenta, dos  
 da saída da urina. Última  
 Me quida de modo. Sem HT. Tm  
 de fratura distal do osso da perna  
 na C. HCPM. Não é atingida  
 a maturação. Não é atingida  
 a maturação. Segue com  
 os cuidados da enfermagem.  
 24h 45.10. PA: 120x80mmHg  
 T: 36.5°C. Eucorizada.  
 Ipa: Ausente. Ausente. Ausente.  
 15.20 MARCELE DA SILVA CASTRO  
 TEC. DE ENFERMAGEM  
 COREN-CE 1206297

15.20 Pet admitida  
 de uma unidade  
 da P. Hospitalar  
 to em 15.20

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 20 ABR 2018  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Dom Luís, 300, Lote 147 - FORTALEZA

**ABREVIAÇÃO MÉDICA**

ANOTAR GENTE DE 15.20  
 TEC. DE ENFERMAGEM  
 COREN 31600 TE

**NOTA DO PACIENTE**

**GLICEMIA**

SV + Pet por EP  
 para análise de  
 dados da punção  
 lombar, ciúde

18:00 13.80 36  
 21L 13.80 36



## FOLHA DE OPERAÇÃO

|                        |  |                |  |
|------------------------|--|----------------|--|
| DATA OPERAÇÃO 19/01/18 |  | Nº REG.:       |  |
| ENF.                   |  | LEITO          |  |
| OPERADOR FOLHA VENDA   |  | 1º AUXILIAR    |  |
| 2º AUXILIAR            |  | 3º AUXILIAR    |  |
| ANESTESISTA CARLOS     |  | INSTRUMENTADOR |  |
| TIPO / ANESTESIA       |  |                |  |

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DE PIVÔ TIBIAL FEA E ULTERIOR LIGAMENTO

TIPO DE OPERAÇÃO

OSTEOTOMIA DE ALTO TIBIAL E PIVÔ TIBIAL

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

QUEBRO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

|                                       |
|---------------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            |
| DPVAT                                 |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO               |
| 20 ABR 2018                           |
| GENTE SEGURADORA S/A                  |
| Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA |

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

- 1) GHA FOR TATO ANTERIOR
- 2) ACESSO, ANTERIOR E DRENAGEM
- 3) ACESSO LIGAMENTO DO TIBIAL OR
- 4) DRENAGEM DE LIGAMENTO
- 5) LIGAMENTO DRENAGEM DA FRATURA DE ALTO TIBIAL E PIVÔ TIBIAL  
com placa 1/3 TIBIAL 3,5cm 7cm e 7 PONTOS CORTES
- 6) LIGAMENTO DRENAGEM DE LIGAMENTO: COM ALINHAMENTO DO PIVÔ TIBIAL  
com GHA DO LIGAMENTO DE FIBULA, DEIXAR A FRATURA LIGADA E DRENAGEM  
REALIZAR FIXAÇÃO EXTERNA DO PIVÔ TIBIAL COM FIXADOR  
EXTERNO 30cm (MONTAGEM EM BETA)
- 7) LIGAMENTO COM GHA
- 8) SUTURA E CURATIVO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a) ANILIA RODRIGUES DE ALMEIDA recebeu atendimento medico em

MONTELA com diagnóstico de: FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL

18 / 01 / 18 com diagnóstico de: FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAL

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 120 (CENTO E VINTE) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 20 / 01 / 18

Dr. Felipe Pontes Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 17021 / 1801 / 1802  
Orcamento 17021 / 1801 / 1802

MÉDICO - CRM

Alto do Boqueirão, s/n - Telefax(88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: [hrgn2017@gmail.com](mailto:hrgn2017@gmail.com) - Quixeramobim-Ce

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-PORTALEZACE



**GENTE SEGUADORA S/A**  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZANCE

CRM / ASSINATURA / CARIMBO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: 771 =  
ENF: Burelton da A. moneine

LEITO 40

APRAZAMENTO

RG: 90.231.18.04.18

ADMISSÃO: 18, 04, 18

IDADE: 37c

DATA: 20, 04, 18

CLÍNICA: cc

DIAGNÓSTICO: trost. lentus dos

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

EVOLUÇÃO MÉDICA

1º dia de observação

2º dia de observação

3º dia de observação

4º dia de observação

5º dia de observação

6º dia de observação

7º dia de observação

8º dia de observação

9º dia de observação

10º dia de observação

11º dia de observação

12º dia de observação

13º dia de observação

14º dia de observação

15º dia de observação

16º dia de observação

17º dia de observação

18º dia de observação

19º dia de observação

20º dia de observação

21º dia de observação

22º dia de observação

23º dia de observação

24º dia de observação

25º dia de observação

26º dia de observação

27º dia de observação

28º dia de observação

29º dia de observação

30º dia de observação

31º dia de observação

32º dia de observação

33º dia de observação

34º dia de observação

35º dia de observação

36º dia de observação

37º dia de observação

38º dia de observação

39º dia de observação

40º dia de observação

41º dia de observação

42º dia de observação

43º dia de observação

44º dia de observação

45º dia de observação

46º dia de observação

47º dia de observação

48º dia de observação

49º dia de observação

50º dia de observação

51º dia de observação

52º dia de observação

53º dia de observação

54º dia de observação

55º dia de observação

56º dia de observação

57º dia de observação

58º dia de observação

59º dia de observação

60º dia de observação

61º dia de observação

62º dia de observação

63º dia de observação

64º dia de observação

65º dia de observação

66º dia de observação

67º dia de observação

68º dia de observação

69º dia de observação

70º dia de observação

71º dia de observação

72º dia de observação

73º dia de observação

74º dia de observação

75º dia de observação

76º dia de observação

77º dia de observação

78º dia de observação

79º dia de observação

80º dia de observação

81º dia de observação

82º dia de observação

83º dia de observação

84º dia de observação

85º dia de observação

86º dia de observação

87º dia de observação

88º dia de observação

89º dia de observação

90º dia de observação

91º dia de observação

92º dia de observação

93º dia de observação

94º dia de observação

95º dia de observação

96º dia de observação

97º dia de observação

98º dia de observação

99º dia de observação

100º dia de observação

101º dia de observação

102º dia de observação

103º dia de observação

104º dia de observação

105º dia de observação

106º dia de observação

107º dia de observação

108º dia de observação

109º dia de observação

110º dia de observação

111º dia de observação

112º dia de observação

113º dia de observação

114º dia de observação

115º dia de observação

116º dia de observação

117º dia de observação

118º dia de observação

119º dia de observação

120º dia de observação

121º dia de observação

122º dia de observação

123º dia de observação

124º dia de observação

125º dia de observação

126º dia de observação

127º dia de observação

128º dia de observação

129º dia de observação

130º dia de observação

131º dia de observação

132º dia de observação

133º dia de observação

134º dia de observação

135º dia de observação

136º dia de observação

137º dia de observação

138º dia de observação

139º dia de observação

140º dia de observação

141º dia de observação

142º dia de observação

143º dia de observação

144º dia de observação

145º dia de observação

146º dia de observação

147º dia de observação

148º dia de observação

149º dia de observação

150º dia de observação

151º dia de observação

152º dia de observação

153º dia de observação

154º dia de observação

155º dia de observação

156º dia de observação

157º dia de observação

158º dia de observação

159º dia de observação

160º dia de observação

161º dia de observação

162º dia de observação

163º dia de observação

164º dia de observação

165º dia de observação

166º dia de observação

167º dia de observação

168º dia de observação

169º dia de observação

170º dia de observação

171º dia de observação

172º dia de observação

173º dia de observação

174º dia de observação

175º dia de observação

176º dia de observação

177º dia de observação

178º dia de observação

179º dia de observação

180º dia de observação

181º dia de observação

182º dia de observação

183º dia de observação

184º dia de observação

185º dia de observação

186º dia de observação

187º dia de observação

188º dia de observação

189º dia de observação

190º dia de observação

191º dia de observação

192º dia de observação

193º dia de observação

194º dia de observação

195º dia de observação

196º dia de observação

197º dia de observação

198º dia de observação

199º dia de observação

200º dia de observação

201º dia de observação

202º dia de observação

203º dia de observação

204º dia de observação

205º dia de observação

206º dia de observação

207º dia de observação

208º dia de observação

209º dia de observação

210º dia de observação

211º dia de observação

212º dia de observação

213º dia de observação

214º dia de observação

215º dia de observação

216º dia de observação

217º dia de observação

218º dia de observação

219º dia de observação

220º dia de observação

221º dia de observação

222º dia de observação

223º dia de observação

224º dia de observação

225º dia de observação

226º dia de observação

227º dia de observação

228º dia de observação

229º dia de observação

230º dia de observação

231º dia de observação

232º dia de observação

233º dia de observação

234º dia de observação

235º dia de observação

236º dia de observação

237º dia de observação

238º dia de observação

239º dia de observação

240º dia de observação

241º dia de observação

242º dia de observação

243º dia de observação

244º dia de observação

245º dia de observação

246º dia de observação

247º dia de observação

248º dia de observação

249º dia de observação

250º dia de observação

251º dia de observação

252º dia de observação

253º dia de observação

254º dia de observação

255º dia de observação

256º dia de observação

257º dia de observação

258º dia de observação

259º dia de observação

260º dia de observação



PRESELETA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS

HOSPITAL REGIONAL

DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE



LAUDO  
MÉDICO PARA  
EMIÇÃO DE  
AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO SUS

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO REFERENTE

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO BGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAR INTERNAÇÕES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-PORTALEZA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - C.S. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTOS

28 - Nº DOCUMENTOS (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

36 - CNP DA SEGURADORA

39 - CNPJ DA EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO MUNICIPAL  
**QUIXERAMOBIM**  
Confiança tem de Coação de Certeza



HOSPITAL REGIONAL  
Dr. Pontes Neto

**HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**

**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que o(a) Senhor(a)

Maria Lucilene de Almeida Moura

recebeu atendimento médico em 27 MAIO 2018 com

diagnóstico de Fratura de pulso lateral  
em consolidação

o(a) mesmo(a) está necessitando de 60 dias

de licença do trabalho  
a partir da data de atendimento.

Quixeramobim, 27, MAIO 2018

Dr. GLAUCIO CARLOS FÉLIX  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1-3059 / 5801 15654

ASSINATURA E CARIMBO

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto Nº 80.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lote 147-FORTALEZA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lote 147-FORTALEZA



# PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_

RECEITÓRIO MÉDICO

RECEITO PARA OS DEVIDOS FINS  
JUNTO AO DPVAT QUE MARIA  
LYCILENE DE ALMEIDA MOREIRA,  
VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
(MOTO) APRESENTANDO FRATURA  
DE TÍBIA E FÍBULA DISTAL  
ESQUERDA SUBMETIDA A  
CORREÇÃO CIRÚRGICA / FIXADOR  
EXTERNOS + PLACA. PACIENTE  
ENCONTRA-SE DEAMBULANDO  
COM AUXÍLIO DE MOLETAJ,  
OBRIGADA A MEDICAR ANAESTÉSICA  
DIÁRIA. ACIDENTE OCORREU NO  
DIA 25/01/18.

582.3; 582.4

Dr. Paulo Calçaço  
CREMEO 11720

29106118



SEU MEDICAMENTO  
NA HORA CERTA



6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217  
Quixeramobim - Ceará.





GOVERNO MUNICIPAL  
**QUIXERAMOBIM**  
Centro Administrativo do Ceará



HOSPITAL REGIONAL  
Dr. Pontes Neto

**HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**

**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que o(a) Senhor(a)

Maria Lucilene de Almeida Moura

recebeu atendimento médico em 27 MAIO 2018 com

diagnóstico de Fratura de pulso lateral  
em consolidação

o(a) mesmo(a) está necessitando de 60 per cento  
( ) dias de licença do trabalho

a partir da data de atendimento.

Quixeramobim, 27 MAIO 2018

Dr. GLAUCIO CARLOS FÉLIX  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1-1059 / 5807 15454

**ASSINATURA E CARIMBO**

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



FICHA  
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com  
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICACAO:

NOME: Maria Claudene de Almeida Moreira Nº REG: 90.985

DATA NASCIMENTO: 20/11/1990 IDADE: 27 s COR: parda SEXO: F ( ) M ( )

EST. CIVIL: solteira NATURALIDADE: Quixeramobim NACIONALIDADE: Brasileira

CNS: 838.009152669337 DOCUMENTAÇÃO: 9005028094978

PROFISSÃO: PO TELEFONE: ( ) Nº B

ENDEREÇO: Rua Juv. Endenry CIDADE: Quixeramobim UF: CE

AIRRO: perdida no 1

PAI: Antônio Moreira de Silva

MÃE: maria Sônia de Almeida Oliveira

RESPONSÁVEL: Jaime Danilo Ferreira de Almeida TELEFONE: 8892637464

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: sim ANO: 2015 MÊS: agosto

SUMARIO DE HDA:

Parto normal, 1º filho

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAME FISICO: CL 2 de agosto 14 2-0 ABR 2018

GENITE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lote 147, FORTEALEZA

DIAGNOSTICO DE ADMISSÃO

Parto normal  
1º filho

ASSINATURA E CARIMBO

[Assinatura]  
[Carimbo]

DATA: 15/01/2016 HORA: 14:15h

CLINICA: Unidade Pré-natal

DATA SAÍDA: 20/10/14

CODIGO: 0405050500 CID: S22.22

TEMPO PERMANENCIA: 15

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ A PEDIDO ☐

EVASÃO ☐ TRANSFERENCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

CODIGO DASOLICITAÇÃO: 14360041210

INTERNAÇÃO: 15 15/01/2016

ALTA: 1 1 ALTA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: **Elvira Euveline de Almeida Oliveira** IDADE: **27a** / **01**  
 ENF: **40** ADMISSÃO: **15/01/2018** CLÍNICA: **ginecologia**  
 DATA: **15/01/2018**  
 DIAGNÓSTICO: **Fratura distal dos ossos da perna**  
 EVOLUÇÃO DO PACIENTE

10 - Exame de urina  
 S - Coef. de urina  
 Pr - 1-2 lts + 100 cc de urina  
 IT de 87/114

11 - Exame de urina  
 Pr - 1-2 lts + 100 cc de urina  
 IT de 87/114

12 - Exame de urina  
 Pr - 1-2 lts + 100 cc de urina  
 IT de 87/114

13 - Exame de urina  
 Pr - 1-2 lts + 100 cc de urina  
 IT de 87/114

14 - Exame de urina  
 Pr - 1-2 lts + 100 cc de urina  
 IT de 87/114

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

NT Presença, emenda, e um  
 utada, realtando, dos que  
 da enduza da cordão. Último  
 No queda de rede. Com 10. Tm  
 No queda distal dos ossos da perna  
 ma ©. HCPM. Não é alteração  
 a medula. Não é alteração  
 coa e diabetes. Segue com  
 os estudos da cirurgia  
 24h 15.10. PA: 120x80mmHg  
 T: 36.5°C. Bnemumhada  
 15.20. MARCELE DA SILVA CASTRO  
 TEC. DE ENFERMAGEM  
 COREN-CE 1206297

15.20. Pet admiti  
 de uma amec  
 da 1ª internme  
 to em 15.20

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABRUVAMENTO

Andréa Gomes de Almeida  
 TEC. DE ENFERMAGEM  
 COREN-CE 1206297

16.00 Pet em 15.20  
 No queda distal dos  
 ossos da perna  
 com cura, ciante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 20 ABR 2018  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Dona Luiza, 200, Lote 147 FORTALEZA

| MOHORA DO DIA | BY A   | T  | GLUCEMIA |
|---------------|--------|----|----------|
| 16:00         | 160x80 | 36 |          |
| 24L           | 130x60 | 36 |          |



## FOLHA DE OPERAÇÃO

|                            |             |                  |
|----------------------------|-------------|------------------|
| MAMA LINDA DE AMANDA LINDA |             | Nº REG.:         |
| DATA OPERAÇÃO 19/01/15     | ENF.        | LEITO            |
| OPERADOR FOLDA LINDA       | 1º AUXILIAR |                  |
| 2º AUXILIAR                | 3º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR   |
| ANESTESISTA CARLOS         |             | TIPO / ANESTESIA |

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DE PIVAU TIBIAL FEA E UNILATERAL

TIPO DE OPERAÇÃO

OSTEOTOMIA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO TÍDIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

OK

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

- 1) GMA FOR TIPO ANESTESICO
- 2) ACESSO, ANESTESIA E DRENAGEM
- 3) ACESSO LATERAL DO TUBO DE ACESSO
- 4) DRENAGEM DO TUBO
- 5) REALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm 7 Furos e 7 PARAFUSOS CORTES
- 6) REALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm 7 Furos e 7 PARAFUSOS CORTES
- 7) REALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm 7 Furos e 7 PARAFUSOS CORTES
- 8) REALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm 7 Furos e 7 PARAFUSOS CORTES
- 9) REALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm 7 Furos e 7 PARAFUSOS CORTES
- 10) REALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALCOLM KESSER E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm 7 Furos e 7 PARAFUSOS CORTES



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a). MARIA LUCILENE DE ARAUJO recebeu atendimento medico em

MONTELA com diagnóstico de: FRACTURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 120 (CENTO E VINTE) dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 10 / 01 / 18

Dr. Felipe Neto  
Osteopata e Fisioterapeuta  
CRM 123456 - RBOF 14789  
CNPJ 123456789

MÉDICO - CRM

Alto do Boqueirão, s/n - Telefax(88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hrpn2017@gmail.com - Quixeramobim-Ce

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Lote 147 - FORTALEZA



Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: [hosp.regional@hotmail.com](mailto:hosp.regional@hotmail.com)  
Quixeramobim-Ce



Dr. Pontes Neto

Paciente: Maria Lucilene de A. Gomes do  
 Operação: Truque de Ent. do esôfago  
 Anestesia: Intubação  
 Pré-Anestésicos:

Anestésicos: Neocaine Perado 0.5% - 40 cc  
Lidocaine 2% - 40 cc  
Epi 1:1000 - 4 cc  
SF 0.9% - 1500 cc

Duração da Anestesia: 60  
Início: 18:00  
Término: 18:00

19/01/18

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 APR 2018

**GENTE SEGURODORA S/A**  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ① Metá Gen
- ② Cuanbamicina 600mg 8/8h
- ③ Minomax 2.18 4h EV 10/10h
- ④ Tealor 100mg 1100mg 8/8h EV 12/12h
- ⑤ Ibrorac 2.18 8h EV 8/8h 8h
- ⑥ SSN
- ⑦ AMF 400mg

*[Handwritten signature]*

|                                                |
|------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS                     |
| DPVAT                                          |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                        |
| 20 ABR 2018                                    |
| GENTE SEGURADORA S/A                           |
| Av. Dom Luis, 300, LDB, 74740-000, PORTALIZADA |

|             |                             |                      |                    |                 |            |
|-------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|------------|
| NOME:       | M. C. Buellem da A. Moreira | IDADE:               | 37c                | QU:             | 01         |
| ENF:        |                             | CLÍNICA:             | EE                 |                 |            |
| LEITO       | 40                          | DIAGNÓSTICO          | Infec. Lento de os | DATA:           | 20, 01, 18 |
| APRAZAMENTO |                             | EVOLUÇÃO DO PACIENTE |                    | EVOLUÇÃO MÉDICA |            |

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Dr. Socorro Almeida  
Auxiliar de Enfermagem  
CORENCE/Reg. N° 321023-AE

Dr. AMF 400mg

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

|      |        |     |          |
|------|--------|-----|----------|
| HORA | P.A    | T   | GLUCEMIA |
| 06   | 130/80 | 36° |          |

*[Handwritten signature]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS

HOSPITAL REGIONAL

DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE



LAUDO  
MÉDICO PARA  
EMIÇÃO DE:  
AIH

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO SUS

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Mas: ☐ 1 Fem: ☒

10 - NOME DA MÃE DO REFERENTE

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO BGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INETRNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÕES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-PORTALEZA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - C D 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTOS

29 - Nº DOCUMENTOS (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNP DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Maria Luízena de Almeida  
Mareira

#relatório médico

Paciente com relato de queda de  
mato em 14/01/18, tendo fratura  
de ulna e rádio lateral de tornozelo esquerdo  
e pé direito fratura exposta, sendo  
realizado tratamento com cirurgia,  
evoluindo com dor crônica e limitação  
de amplitude de movimento.

CID: R52.2  
S82.6  
S82.3

09/11/2018

Dr. Roberto Teixeira  
Médico - ORTOPEDIA  
R.C.E. 19072 TEO 1040

"COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA."

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 NOV 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
ARREBANCAMENTO DE IDENTIDADE

CE

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

DOC IDENTIDADE / ORIGEM DO IF  
2001002327715 SSPDS CE

CPF 020.643.123-66 DATA NASCIMENTO 08/05/1986

PRIMAÇÃO  
FRANCISCO FLAVIO  
PONTES DE MORAIS  
MARIA DO SOCORRO ALVES  
DE MORAIS

PERMISSÃO ATC CETERA

1º REGISTRO 04260457286 VALIDEZ 10/01/2022 1ª EMISSÃO 20/12/2007

CEMPROFES

Paulo José Alves de Moraes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL QUIXADA, CE DATA EMISSÃO 20/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR 15125984443  
CE157558746

CEARÁ

1409493508

PROIBIDO PLASTIFICAR

1409493508

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

REGISTRO GERAL 2005021097978 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2014

NOME MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

FILIAÇÃO ANTÔNIO MOREIRA DA SILVA MARIA SÔNIA DE ALMEIDA OLIVEIRA

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM - CE DATA DE NASCIMENTO 30/11/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: URUQUÊ TERMO: 4919 FOLHA: 054 LIVRO: A-07 QUIXERAMOBIM - CE

CPF 2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 27

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTEALEZA

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

 **Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas** 

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Número**  
**032.304.233-30**

**Nome**  
**MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

**Nascimento**  
**30/11/1990**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME  
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
2001002327715 SSPDS CE

CPF  
020.643.123-66

DATA NASCIMENTO  
08/05/1986

FILIAÇÃO  
FRANCISCO FLAVIO  
PONTES DE MORAIS  
MARIA DO SOCORRO ALVES  
DE MORAIS

PERMISSÃO  
ACC  
CAEHAB  
ZEB

Nº REGISTRO  
04260457286

VALIDADE  
10/01/2022

1ª HABILITAÇÃO  
20/12/2007

OBSERVAÇÕES  
A :

Paulo José Alves de Moraes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO  
20/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

15125984443  
CE157558746

CEARA

DETRAN CONTTRAN

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1409493508

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1409493508

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

2 0 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

ASL-0142434/18  
marilangela.ferreira  
02/07/2018 13:26:05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 013355152497  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 VIA 00170734765 CDD RENAVAM 00000000000 RAL TAC 2016 Exercício

FRANCISCO LOBO JUNIOR  
QUIXERAMDBIM /CE

72002786372 CPT / CNPJ PLACA NGX3439/CE

PLACA ANT / UF 9C2KC1620AR0078B4 CHASSI

PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

HONDA/CS150 TITAN MIX ES ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC DOB PRIDOMINANTE VERMELHA

1 COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA 1º VENC/COTAS  
2º VENC/COTAS  
3º VENC/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 14,34 CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,11 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

DATA DE PAGAMENTO 15/03/2017

QUIXERAMDBIM LOCAL DATA 15/03/2017

CE Nº 013355152497 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 15/03/2017

01 72002786372 CPT / CNPJ PLACA NGX3439

RENAVAM 00170734765 HONDA/CS150 TITAN MI

ANO FAB 2009 OUTUB 09 9C2KC1620AR0078B4 Nº CHASSI

PREMIO TARIFARIO 14,34 CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,11 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,11 DATA DE QUITAÇÃO 15/03/2017

SEGURO OBRIGATORIO

MOTOR: KC16E2A0078B4 04823

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
2 0 ABR 2018  
GENTE SEGURO S/A  
Av. Dom Luís, 300, Loja 147 - PORTALEZA



## Declaração

Eu, MARIA BRUNILZA DE OLIVEIRA, RG 2005021097978  
CPF 032.304.232-30, declaro que após ter sofrido acidente provocado  
por veículo automotor de via terrestre, em 15/01/2018 fui socorrido por  
POPULONIA Telefone: (88)  
9.9403.9641 levado ao  
hospital: Regional N. Pontes Ueto

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

*"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado".*

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.



*"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*

*Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

Local: Quixim UF: CE Data: 16/04/18

x maria brunilza de oliveira

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180302416 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 12/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.  
\*DÉFICIT FUNCIONAL LEVE - 25% DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180302416 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 12/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180302416 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Nome: Monica Lucilene de Almeida Monina  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
 Profissão: Empresária  
 Identidade: 200502109198 Órgão Emissor: SSP/CE Data de Emissão: 20/11/14  
 CPF: 032.304.238-30  
 Endereço: Rua Antonio Mattias - 525 - Vila São Paulo  
Quixadá/MO/CE

**OUTORGADO:**

Nome: Paulo Jose Alves de Moraes  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
 Profissão: Recru - de Informan  
 Identidade: 2001001327719 Órgão Emissor: SSP/CE Data de Emissão: 14/02/05  
 CPF: 020.643.123-66  
 Endereço: Rua Jose Campos Torquato - s/n - Bicos - Rodoviária  
Guaramatã/SP

Pelo Presente Instrumento de Procuração, nomeio e constituo meu procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização por Invalididez referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre o processo, resolver pendencias, perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Quixim/Le 04/04/2018

## Local e data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

**GENTE SEGUROSA S/A**  
Av. Dom Luís, 300, Loja 157-PORTALEZANO

RECONNECO  
1° DEBIC

maris Cucula de almocha no reusa

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

**CARTÓRIO 1º OFÍCIO**  
**QUIXERAMOBIM - CE**  
Rua: Cônego Aureliano Mota, 154  
Bairro: Centro - CEP 83.600-000  
CNPJ: 16.014.080/0001-66

VALIDO SOLO EN  
SELO DE AUTENTICACION

de Oliveira  
Mauricio Chaves  
de Oliveira  
Mauricio Chaves  
04  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Nome: Eltona Lucilene de Almeida Moreira  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Empresária  
Identidade: 200502109498 Órgão Emissor: SSP/CE Data de Emissão: 2013/11/4  
CPF: 032.304.233-30  
Endereço: Rua Antonio Nilton - 525 - Vila São Paulo  
Quixeramobim/CE

### OUTORGADO:

Nome: Paulo Jose Alves de Moraes  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Recru - de Informar  
Identidade: 20010013277150 Órgão Emissor: SSP/CE Data de Emissão: 11/02/05  
CPF: 020.643.123-66  
Endereço: Rua Jose Rompao Terquinto - 511 - Coxos - Rodoviária  
Quixeramobim/CE

Pelo Presente Instrumento de Procuração, nomeio e constituo meu procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização por invalidade referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre o processo, resolver pendencias, perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE 04/04/2018

Local e data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA SIA  
Av. Dom Luís, 382, Loja 147-PORTALEZACE

RECONHECO  
1º OFÍCIO

Eltona Lucilene de Almeida Moreira

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO 1º OFÍCIO  
QUIXERAMOBIM - CE  
Rua: Cônego Aureliano Mota, 154  
Bairro: Centro - CEP 63.800-000  
CNPJ: 16.814.090/0001-56

VALIDO POR  
1º OFÍCIO DE AUTENTICIDADE

RECONHECO  
1º OFÍCIO  
CARTÓRIO 1º OFÍCIO  
QUIXERAMOBIM - CE  
Rua: Cônego Aureliano Mota, 154  
Bairro: Centro - CEP 63.800-000  
CNPJ: 16.814.090/0001-56

RECONHECO  
1º OFÍCIO  
CARTÓRIO 1º OFÍCIO  
QUIXERAMOBIM - CE  
Rua: Cônego Aureliano Mota, 154  
Bairro: Centro - CEP 63.800-000  
CNPJ: 16.814.090/0001-56

RECONHECO  
1º OFÍCIO  
CARTÓRIO 1º OFÍCIO  
QUIXERAMOBIM - CE  
Rua: Cônego Aureliano Mota, 154  
Bairro: Centro - CEP 63.800-000  
CNPJ: 16.814.090/0001-56

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236509/18

**Número do Sinistro:** 3180302416

**Vítima:** MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

**CPF:** 032.304.233-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/01/2018

**Titular do CPF:** MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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: 13/11/2018  
Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS  
CPF: 020.643.123-66

\_\_\_\_\_  
PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018  
Nome: Marilangela Lima Ferreira  
CPF: 810.099.413-72

\_\_\_\_\_  
Marilangela Lima Ferreira