

---

**Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190589579**

**Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190589579**

**Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO GOMES ARTUR**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589579

Vítima: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

Data do Acidente: 04/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO GOMES ARTUR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer  
um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000041584-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

952.516.183-87

4 - Nome completo da vítima:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

6 - CPF:

952.516.183-87

7 - Profissão:

TELE ATENDENTE

8 - Endereço:

RUA PROFESSOR NETO

9 - Número:

76

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IPASE

12 - Cidade:

CRATEÚS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63.700-465

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(88) 99968-0286

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 41.584

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

952.516.183-87

4 - Nome completo da vítima:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

6 - CPF:

952.516.183-87

7 - Profissão:

TELE ATENDENTE

8 - Endereço:

RUA PROFESSOR NETO

9 - Número:

76

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IPASE

12 - Cidade:

CRATEÚS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63.700-465

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(88) 99968-0286

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 41.584

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3155 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 08:18:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - LOCALIDADE DE VILA GRAÇA, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**  
Nascimento: **20/02/1979** CPF: **952.516.183-87**  
RG: **35175992000** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA**  
**JOSE ALVES BEZERRA**  
Endereço: **RUA PROF. NETO, 76** CEP:  
Bairro: **IPASE**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99994-1353**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NQZ4489** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC1610AR005533** Renavam: **170286045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA de placa: NQZ4489 HONDA/CG150 TITAN MIX KS, na CE 187, mas precisamente na localidade de VILA GRAÇA, a uma velocidade 50km/h, quando o PNEU TRASEIRO da motocicleta supra estourou e veio a perder o controle, caindo ao solo; QUE foi socorrido por duas amigas, que vinha em um AUTOMÓVEL, e lhe socorreram até o HOSPITAL SÃO LUCAS desta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 079195, relatando: "PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO MÚTIPLAS ESCORIAÇÕES, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM 5PDTI A DIREITA E ALGIA EM OMBRO ESQ"; QUE é HABILITADO, conforme carteira de habilitação nº 1474315215; QUE apresenta como testemunhas OCULARES do acidente supra as pessoas de nomes: ERICA MARIA BARBOSA FERNANDES, RG: 2003005006983 E CPF: 004.952.063-69 RWTHELLY DE MELO BEZERRA, RG: 2008097100028 E CPF: 061.061.663-31, afirmando terem presenciado a vítima do acidente supracitado, caída ao solo, e tendo prestado-lhe socorro.

**OBSERVAÇÃO:** As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de

Daniel do Socorro Bezerra  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAC 301186-2-6

Carla de Fátima Bezerra  
DELEGADA REGIONAL DE CRATEUS  
MAC 301186-2-6

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3155 / 2019**

inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*[Signature]*  
**DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*[Signature]*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*[Signature]*  
**RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**

*x Erica maria Barbara Junior*

*[Signature]*  
**René Gomes Mesquita**  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MAT. Nº 30124944

*x Ruthelly de Melo Bezerra.*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3155 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 08:18:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2019 11:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - LOCALIDADE DE VILA GRAÇA, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**  
Nascimento: **20/02/1979** CPF: **952.516.183-87**  
RG: **35175992000** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA**  
**JOSE ALVES BEZERRA**  
Endereço: **RUA PROF. NETO, 76** CEP:  
Bairro: **IPASE**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99994-1353**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NQZ4489** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC1610AR005533** Renavam: **170286045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA de placa: NQZ4489 HONDA/CG150 TITAN MIX KS, na CE 187, mas precisamente na localidade de VILA GRAÇA, a uma velocidade 50km/h, quando o PNEU TRASEIRO da motocicleta supra estourou e veio a perder o controle, caindo ao solo; QUE foi socorrido por duas amigas, que vinha em um AUTOMÓVEL, e lhe socorreram até o HOSPITAL SÃO LUCAS desta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 079195, relatando: "PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO MÚTIPLAS ESCORIAÇÕES, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM 5PDTI A DIREITA E ALGIA EM OMBRO ESQ"; QUE é HABILITADO, conforme carteira de habilitação nº 1474315215; QUE apresenta como testemunhas OCULARES do acidente supra as pessoas de nomes: ERICA MARIA BARBOSA FERNANDES, RG: 2003005006983 E CPF: 004.952.063-69 RWTHELLY DE MELO BEZERRA, RG: 2008097100028 E CPF: 061.061.663-31, afirmando terem presenciado a vítima do acidente supracitado, caída ao solo, e tendo prestado-lhe socorro.

**OBSERVAÇÃO:** As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de

Daniel do Socorro Bezerra  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAC 301186-2-6

Carla de Fátima Bezerra  
DELEGADA REGIONAL DE CRATEUS  
MAC 301186-2-6

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3155 / 2019**

inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_

**DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** \_\_\_\_\_

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

**RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944**

x Erica maria Barbara Junior

Rene Gomes Mesquita  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MAT. Nº 30124944

x Ruthelly de Melo Bezerra.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

952.516.183-87

4 - Nome completo da vítima:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

6 - CPF:

952.516.183-87

7 - Profissão:

TELE ATENDENTE

8 - Endereço:

RUA PROFESSOR NETO

9 - Número:

76

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IPASE

12 - Cidade:

CRATEÚS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63.700-465

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(88) 99968-0286

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 41.584

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

952.516.183-87

4 - Nome completo da vítima:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

6 - CPF:

952.516.183-87

7 - Profissão:

TELE ATENDENTE

8 - Endereço:

RUA PROFESSOR NETO

9 - Número:

76

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IPASE

12 - Cidade:

CRATEÚS

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63.700-465

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(88) 99968-0286

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0747

CONTA: 41.584

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019

X *Jose Junior Coelho Bezerra*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Denildo Gomes Ant*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA			Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA	
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Cônjugue		
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.
	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais							
Peso (kg) 65,000	Altura (cm)	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (mpm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%) 95	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

Relatório:

paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corte contuso em 5 pdti a direita e algia em ombro esquerdo

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

-HISTORIA DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA -APRESENTA SINCOPE

A: OK

B: OK MVU SEM R/A

C: ABD: INÓCENTE

D: GLASGOW 13

E: LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
AVALIAÇÃO DO TRAUMATO				
TC CRANIO				
RX PÉ D				
DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD	4mg	E.V.	12/12 H	
SGF 1000mL EV	1000ml	E.V.	12/12 H	
DIETA ZERO				
OBSERVAÇÃO				

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Dr. João Victor Melo  
Médico - Cirurgião Geral  
CREMEC: 15482 RQE: 9492

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ

# 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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

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

CLIENTE: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000041584-0

---

Nr. da Autenticação B64C7B2BC345C379



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 012192565

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002Esta é a sua conta de  
09/2019

## Nº DO CLIENTE

81456

DV

## VENCIMENTO

10/10/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

204,28

## DATA EMISSÃO

12/09/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

Endereço: RU PRO NETO 00076  
63700-000 CRATEUS IPASE  
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 760850-SCH-001 - CT008U04

## CPF / CNPJ

455.737.513-87

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A8D2.CB7A.4DC6.F9BE.683A.9A81.7645.1CAF

## DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
14/08/2019	12/09/2019	10/10/2019

## DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	50043.00	49830.00	213.00	0.00	0.00	0.00	1.00	213.00	213.00	0.77282	164.61

## DESCRIÇÃO DA CONTA

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC  
Consumo  
Adicional Band. Vermelha

213

0.77282

27.25

164.61

12.42

## CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )
----------------------------------	-------------------------------------	--

0 100

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIF/PASEP	177,03	0.8100	1,42
COPINS	177,03	3.0000	6,51
ICMS	177,03	27,00	47,80

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/08 - 12/09

## ATENÇÃO

## DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
---------	-----------

83860000002 6 04280031200 2 00340238103 8 00000081456 3





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 004248435

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de  
08/2019

**Nº DO CLIENTE**

6567453

DV

**VENCIMENTO**

24/09/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

0,00

**DATA EMISSÃO**

19/08/2019

**DADOS DO CLIENTE**Nome **DANILO GOMES ARTUR**

Endereço **RU DR JOAO TOME 01379**  
**63700-000 CRATEUS CENTRO**  
Classificação **Residencial Pleno**

Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL-CONV.**Ligação **MONOFÁSICO**Medidor **5233249-ELE-626 - CT011U23****CPF / CNPJ**

873.649.133-00

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

5E2A.D9C9.A0E1.4DBA.BF99.D614.347C.B9EF

**DATAS DE LEITURA**

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
19/07/2019	19/08/2019	02/09/2019

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	4843,00	4843,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00000	0,00

**DESCRIÇÃO DA CONTA****Quantidade****Tarifa****Valor (R\$)**

Credito De Pequenos Valores  
Multa

3,12-

3,12

**CREDITO EM ENERGIA (kWh)**

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)****CONSUMO CONSCIENTE**

**EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh).** Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )

0 100

**Tributo:****Base (R\$):****Alíquota (%):****Valor (R\$):**

PIS/PASEP

0,00

0,00

0,00

COFINS

0,00

0,00

0,00

ICMS

0,00

0,00

0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 20/07 - 31/07 Verneha : 01/08 - 19/08

**ATENÇÃO****DEBITOS ANTERIORES:**

Mes/Ano	Valor R\$
06/2019	51,78
05/2019	51,29
04/2019	61,92
03/2019	60,34
Total	225,33

FATURA PAGA. NÃO RECEBER





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 012192565

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002Esta é a sua conta de  
09/2019

## Nº DO CLIENTE

81456

DV

## VENCIMENTO

10/10/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

204,28

## DATA EMISSÃO

12/09/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

Endereço: RU PRO NETO 00076  
63700-000 CRATEUS IPASE  
Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 760850-SCH-001 - CT008U04

## CPF / CNPJ

455.737.513-87

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A8D2.CB7A.4DC6.F9BE.683A.9A81.7645.1CAF

## DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
14/08/2019	12/09/2019	10/10/2019

## DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	50043.00	49830.00	213.00	0.00	0.00	0.00	1.00	213.00	213.00	0.77282	164.61

## DESCRIÇÃO DA CONTA

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC  
Consumo  
Adicional Band. Vermelha

213

0,77282

27,25

164,61

12,42

## CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )
----------------------------------	-------------------------------------	--

0 100

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
PIF/PASEP	177,03	0,8100	1,42
COPINS	177,03	3,0000	6,51
ICMS	177,03	27,00	47,80

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/08 - 12/09

## ATENÇÃO

## DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
---------	-----------

83860000002 6 04280031200 2 00340238103 8 00000081456 3





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 004248435

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002Esta é a sua conta de  
08/2019

## Nº DO CLIENTE

6567453

DV

## VENCIMENTO

24/09/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO

19/08/2019

## DADOS DO CLIENTE

Nome **DANILO GOMES ARTUR**Endereço **RU DR JOAO TOME 01379**  
**63700-000 CRATEUS CENTRO**  
Classificação **Residencial Pleno**Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL-CONV.**Ligação **MONOFÁSICO**Medidor **5233249-ELE-626 - CT011U23**

## CPF / CNPJ

873.649.133-00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5E2A.D9C9.A0E1.4DBA.BF99.D614.347C.B9EF

## DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
19/07/2019	19/08/2019	02/09/2019

## DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	4843,00	4843,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00000	0,00

## DESCRIÇÃO DA CONTA

## Quantidade

## Tarifa

## Valor (R\$)

Credito De Pequenos Valores  
Multa3,12-  
3,12

## CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões  
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> )

0 100

## Tributo:

## Base (R\$):

## Alíquota (%):

## Valor (R\$):

PIS/PASEP

0,00

0,00

0,00

COFINS

0,00

0,00

0,00

ICMS

0,00

0,00

0,00

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 20/07 - 31/07 Verneha : 01/08 - 19/08

## ATENÇÃO

## DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
06/2019	51,78
05/2019	51,29
04/2019	61,92
03/2019	60,34
Total	225,33

FATURA PAGA. NÃO RECEBER



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 DANILO GOMES ARTUR

inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87, 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:  
RUA DR. JOAO TOME

Número:  
1379

Complemento:  
CASA ALTOS

Bairro:  
CENTRO

Cidade:  
CRATEUS

Estado:  
CE

CEP:  
63.702-265

E-mail:

Tel. (DDD):  
(88) 99915-9444

Local e Data: CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019

Daniilo Gomes Artur

Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 DANILO GOMES ARTUR

inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 952.516.183 / 87, 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:  
RUA DR. JOAO TOME

Número:  
1379

Complemento:  
CASA ALTOS

Bairro:  
CENTRO

Cidade:  
CRATEUS

Estado:  
CE

CEP:  
63.702-265

E-mail:

Tel. (DDD):  
(88) 99915-9444

Local e Data: CRATEÚS/CE, 26 DE SETEMBRO DE 2019

*Daniilo Gomes Artur*

Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA			Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA	
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Cônjugue		
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.
	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais							
Peso (kg) 65,000	Altura (cm)	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (mpm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%) 95	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

Relatório:

paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corte contuso em 5 pdti a direita e algia em ombro esquerdo

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

-HISTORIA DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA -APRESENTA SINCOPE

A: OK

B: OK MVU SEM R/A

C: ABD: INÓCENTE

D: GLASGOW 13

E: LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
AVALIAÇÃO DO TRAUMATO				
TC CRANIO				
RX PÉ D				
DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD	4mg	E.V.	12/12 H	
SGF 1000mL EV	1000ml	E.V.	12/12 H	
DIETA ZERO				
OBSERVAÇÃO				

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Dr. João Victor Melo  
Médico - Cirurgião Geral  
CREMEC: 15482 RQE: 9492

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0007	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA		
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Eairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 98157503
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 09:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO		CRM/UF 15482/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
		36,1	1003	15
				PA (mmHg)
				141 X 87
				Oximetria (%):
				97
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 09:09

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO E OMBRO ESQUERDO, REALIZOU RAO X E NÃO EVIDENCIOU FRATURAS SIC  
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Condutá)

05/07/2019 10:43:10h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ESTAVA EM OBSERVAÇÃO POREM ASSINOU TERMO PARA ALTA  
ALGIA EM OMBRO ESQUERDO

FRATURA + LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

Robison Ferreira Lima  
COREN-CE: 954994 - TE

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 10:43 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar em 30 minutos	100mg	E.V.	12/12 H	11 23

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO

PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_  
Dt do Atend: 05/07/2019 Dt de Nasc: 20/02/1979  
Convênio: SUS  
Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO

Admissão no Centro Cirúrgico: 05/07/19 Horas: 18:45 Cirurgia Proposta: histero S.º poliducto

PA: 150x80 FC: 85 FR: 20 T: - SpO2 98 Glicemia: -

Encaminhamento às 17:47 Para sala: ( )

Admissão na sala: ( ) Horas: 18:18

Medicação pré-anestésica: (x) Não ( ) Sim Qual \_\_\_\_\_

Anestesista: m m m m Tipo de Anestesia: ( ) Raquidiana ( ) Geral (x) Local

( ) Bloqueio Anestésico ( ) Sedação Início da anestesia 18:18 Sala: 4

Cirurgião: m m m m 1º Auxiliar \_\_\_\_\_ Instrumentador(a) com m e / \_\_\_\_\_

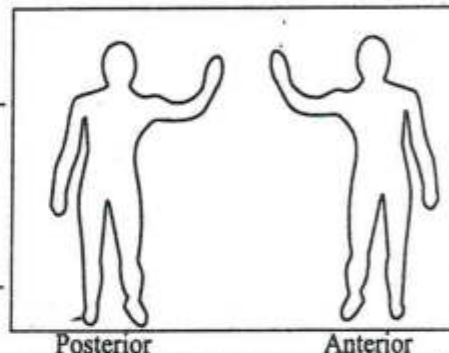
Início da Cirurgia 18:30

Posição do paciente: (x) Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral

( ) Outra: \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas:

- |                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| (x) clorohexidina Degermante | Localização de:         |
| ( ) iodopolidona Degermante  | ( o ) Eletrodos         |
| ( ) iodopolidona Tópico      | ( - ) Incisão Cirúrgica |
| ( ) álcool iodado            | ( = ) placa de Bisturi  |
| ( ) álcool 70%               | ( # ) Drenos            |



Parto Cesariana: RN1º \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Apresentação Fetal \_\_\_\_\_, RN2º \_\_\_\_\_

RN Encaminhamento às \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Transoperatório: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

Infusão de: ( ) Concentrado de Hemácias ( ) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: \_\_\_\_\_

Destino: ( ) Biopsia Laboratório ( ) outro: \_\_\_\_\_

Exames durante o transoperatório: ( ) RX ( ) Laboratorial ( ) \_\_\_\_\_

Termino da Cirurgia 19:55 PA: 150/70 FC: 94 FR: 20 T: 36,5 SpO2 98-1

Cirurgia Realizada: Sutura e rompimento do AF

Encaminhamento às \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| com: (x) Curativo - Tipo <u>com m e</u> | ( ) Tubo Endotraqueal   |
| ( ) Dreno                               | ( ) Sonda Vesical       |
| ( ) Imobilizador                        | ( ) Tampão              |
| ( ) Cateter de oxigênio O2              | ( ) Bolsa de Colostomia |
| ( ) Cateter venoso central              | ( ) Outros              |
| (x) cateter venoso periférico           | ( ) outros              |

Observação: 19:55 RN encaminhado para UTI

Assinatura/Carimbo  
circulante C 2036 336 11

Im: 1/1  
Se: 2

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

D



WL: 5330 WW: 8526 [D]

05/07/2019 00:33:20

Im: 1/1  
Se: 3

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

D



WL: 4953 WW: 8978 [D]

05/07/2019 00:34:47

Im: 1/1  
Se: 5

E

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

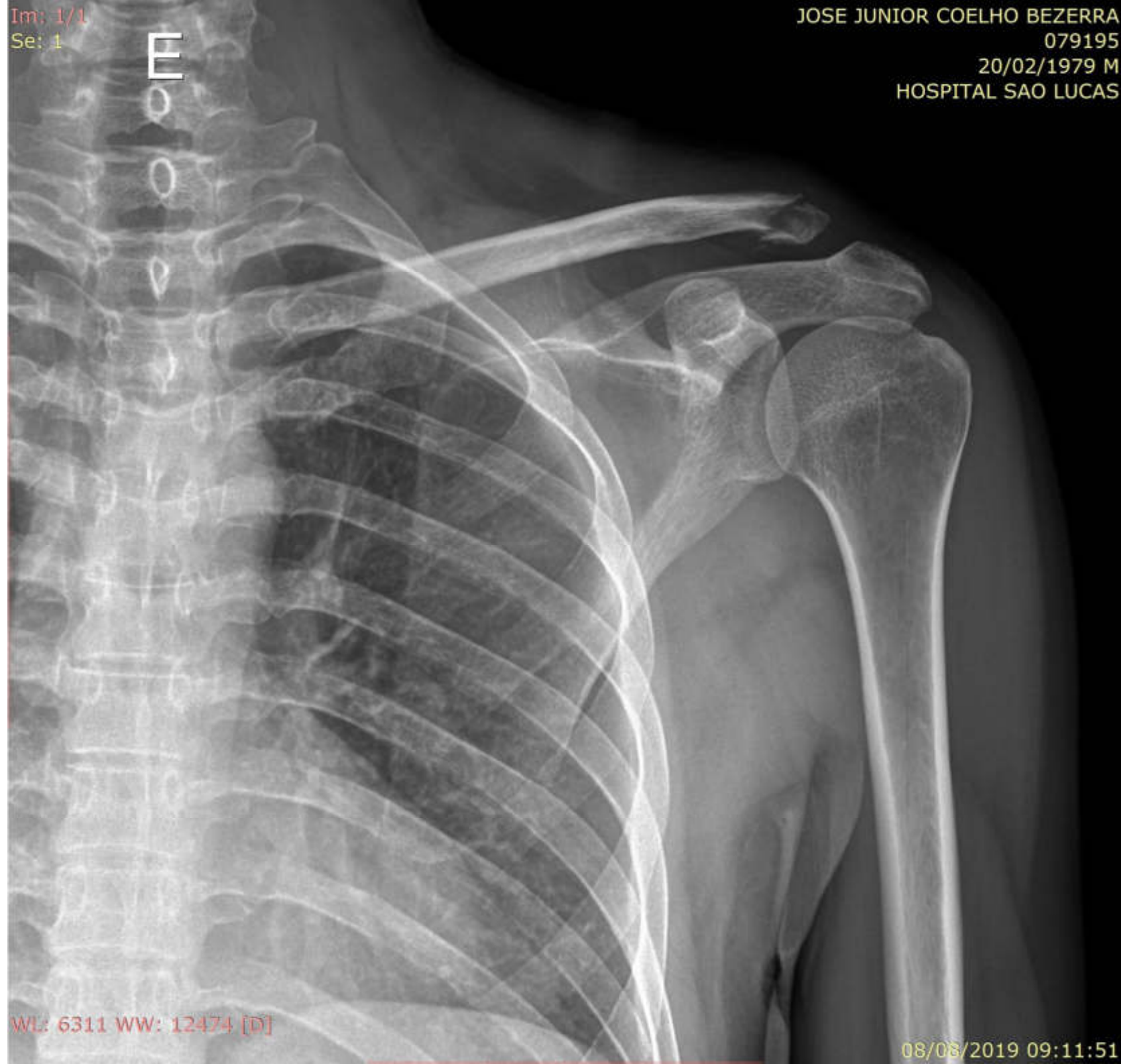


WL: 6015 WW: 11090 [D]

05/07/2019 00:39:50

Im: 1/1  
Se: 1

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
079195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS



WL: 6311 WW: 12474 [D]

08/08/2019 09:11:51



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA			Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA	
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76		Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Cônjugue		
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.
	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais							
Peso (kg) 65,000	Altura (cm)	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (mpm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%) 95	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

Relatório:

paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corte contuso em 5 pdti a direita e algia em ombro esquerdo

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

-HISTORIA DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA -APRESENTA SINCOPE

A: OK

B: OK MVU SEM R/A

C: ABD: INÓCENTE

D: GLASGOW 13

E: LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
AVALIAÇÃO DO TRAUMATO				
TC CRANIO				
RX PÉ D				
DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD	4mg	E.V.	12/12 H	
SGF 1000mL EV	1000ml	E.V.	12/12 H	
DIETA ZERO				
OBSERVAÇÃO				

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Dr. João Victor Melo  
Médico - Cirurgião Geral  
CREMEC: 15482 RQE: 9492

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0007	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA		
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Eairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 98157503
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 09:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO		CRM/UF 15482/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
		36,1	1003	15
				PA (mmHg)
				141 X 87
				Oximetria (%):
				97
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 09:09

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO E OMBRO ESQUERDO, REALIZOU RAO X E NÃO EVIDENCIOU FRATURAS SIC  
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Condutá)

05/07/2019 10:43:10h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ESTAVA EM OBSERVAÇÃO POREM ASSINOU TERMO PARA ALTA  
ALGIA EM OMBRO ESQUERDO

FRATURA + LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

Robison Ferreira Lima  
COREN-CE: 954994 - TE

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 10:43 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar em 30 minutos	100mg	E.V.	12/12 H	11 23

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO

PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_  
Dt do Atend: 05/07/2019 Dt de Nasc: 20/02/1979  
Convênio SUS  
Médico JORGE VICTOR LEITAO MELO

Admissão no Centro Cirúrgico: 05/07/19 Horas: 18:45 Cirurgia Proposta: Amiotomia S<sup>2</sup> pediculada

PA: 150x80 FC: 85 FR: 20 T: - SpO2 98 Glicemia: -

Encaminhamento às 17:47 Para sala: ( 5 )

Admissão na sala: ( 5 ) Horas: 18:18

Medicação pré-anestésica: (x) Não ( ) Sim Qual \_\_\_\_\_

Anestesista: m m m m Tipo de Anestesia: ( ) Raquidiana ( ) Geral (x) Local

( ) Bloqueio Anestésico ( ) Sedação Início da anestesia 18: x Sala: 5

Cirurgião: m m m m 1º Auxiliar \_\_\_\_\_ Instrumentador(a) com m e / \_\_\_\_\_

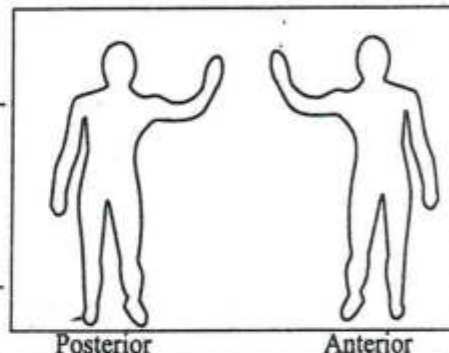
Início da Cirurgia 18:30

Posição do paciente: (x) Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral

( ) Outra: \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas:

- |                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| (x) clorohexidina Degermante | Localização de:         |
| ( ) iodopolidona Degermante  | ( o ) Eletrodos         |
| ( ) iodopolidona Tópico      | ( - ) Incisão Cirúrgica |
| ( ) álcool iodado            | ( = ) placa de Bisturi  |
| ( ) álcool 70%               | ( # ) Drenos            |



Posterior

Anterior

Parto Cesariana: RN1º \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Apresentação Fetal \_\_\_\_\_, RN2º \_\_\_\_\_

RN Encaminhamento às \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ Transoperatório: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

Infusão de: ( ) Concentrado de Hemácias ( ) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: \_\_\_\_\_

Destino: ( ) Biopsia Laboratório ( ) outro: \_\_\_\_\_

Exames durante o transoperatório: ( ) RX ( ) Laboratorial ( ) \_\_\_\_\_

Termino da Cirurgia 19:55 PA: 150/70 FC: 94 FR: 20 T: 36,5 SpO2 98-1

Cirurgia Realizada: Suavizar e remover o nódulo

Encaminhamento às \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

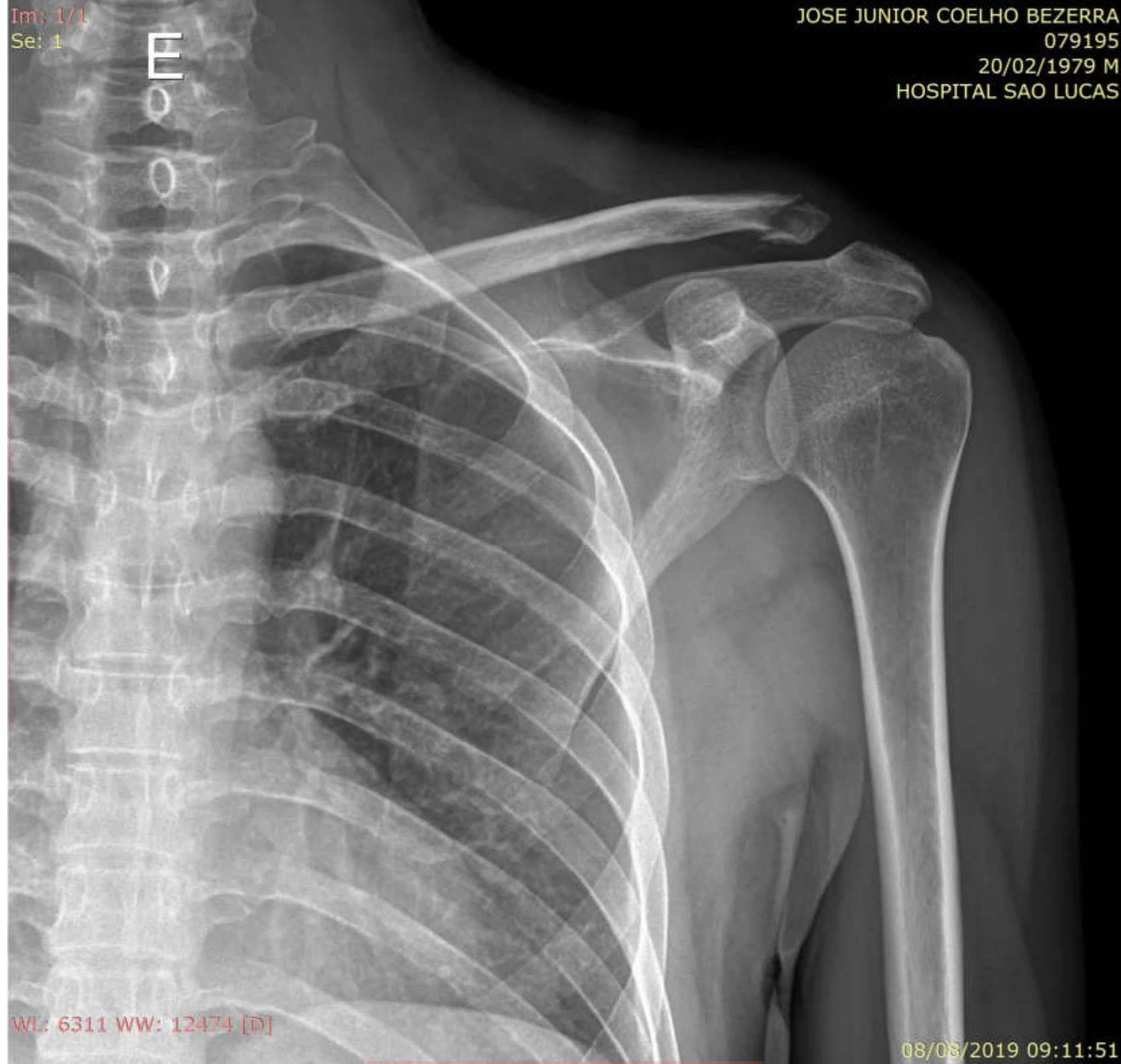
- |   |                         |
|---|-------------------------|
| com: (x) Curativo - Tipo <u>com m e</u> | ( ) Tubo Endotraqueal   |
| ( ) Dreno                               | ( ) Sonda Vesical       |
| ( ) Imobilizador                        | ( ) Tampão              |
| ( ) Cateter de oxigênio O2              | ( ) Bolsa de Colostomia |
| ( ) Cateter venoso central              | ( ) Outros              |
| (x) cateter venoso periférico           | ( ) outros              |

Observação: Amiotomia S<sup>2</sup> pediculada

Assinatura/Carimbo  
circulante C 2036 336 11

Im: 1/1  
Se: 1

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
079195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS



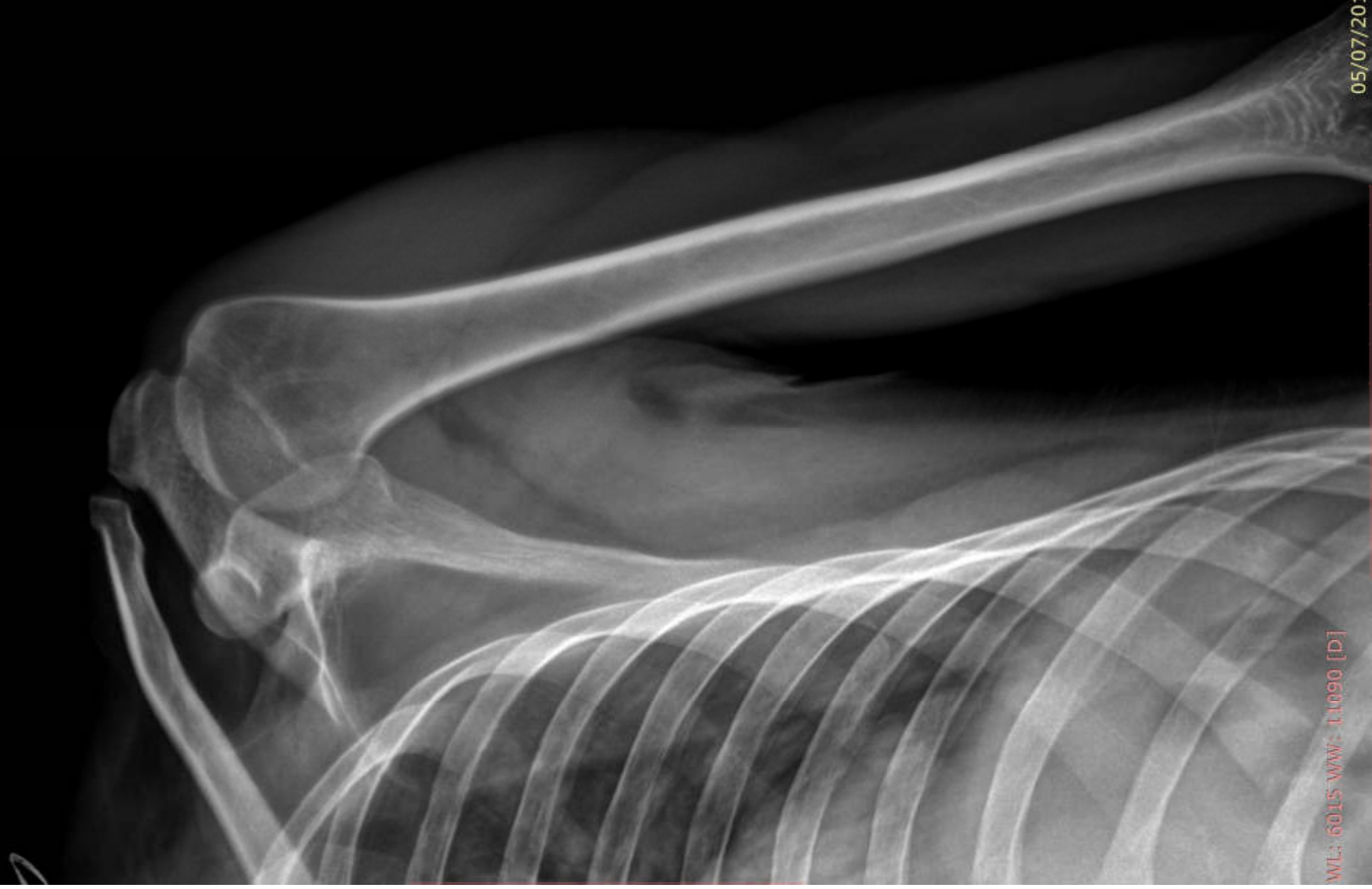
WL: 6311 WW: 12474 [D]

08/08/2019 09:11:51

Im: 1/1  
Se: 5

E

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS



WL: 6015 WW: 11090 [D]

05/07/2019 00:39:50

Im: 1/1  
Se: 3

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

D



WL: 4953 WW: 8978 [D]

05/07/2019 00:34:47

Im: 1/1  
Se: 2

JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
79195  
20/02/1979 M  
HOSPITAL SAO LUCAS

D



WL: 5330 WW: 8526 [D]

05/07/2019 00:33:20

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Nome Completo: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
CPF e/ou RG: 952.536.383-87

### Informações do Acidente

Data do acidente: 04/07/2019

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA PROXIMAL DE UMBRO ESQ. E FRATURA DO  
5º PODODÁCTILO DIREITO.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º PODO-  
DÁCTILO DIR E TRATAMENTO CONSERVADOR DE  
FRATURA DE UMBRO ESQ. E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LIMITAÇÃO LEVE  
DA ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA DO UMBRO  
ESQ. COM DEFORMAÇÃO EM UMBRO ESQ. E  
CRURITACÃO ARTICULAR; DIR COM LIMITAÇÃO  
DA A.D.M EM DORSOFLEXÃO DO 5º PODODÁCTILO DIR.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: UMBRO ESQ.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ☒ ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2ª Lesão: 5º PODODÁCTILO DIR.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ☒ ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

16.10.19. CRATEVUS-CE  
Local e data da realização da avaliação médica

+ José Junior C Bezerra  
assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
MÉDICO  
CRMES 19150

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1474315215

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1474315215

CEARA

NOME  
JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
35175992000 SSPDC CE

CITY  
952.516.183-87 DATA NASCIMENTO  
20/02/1979

FIJACÃO  
JOSE ALVES BEZERRA  
MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

PERMISSÃO ACC CALHAR A

Nº REGISTRO  
06594533054 VALIDADE  
05/08/2020 1ª HABILITAÇÃO  
31/03/2016

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Jose Junior Coelho Bezerra*

LOCAL  
CRATEUS, CE DATA EMISSÃO  
09/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR  
24313305093  
CE159278155

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1673404361



NOME  
DANILO GOMES ARTUR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
336987699 SSP CE

CPF  
873.649.133-00 DATA NASCIMENTO  
05/01/1981

SITUAÇÃO  
JOSE ARTUR SOBRINHO  
MARIA DE FATIMA GOMES  
ARTUR

PERMISÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
06058678915

VALIDADE 24/01/2024 1ª HABILITAÇÃO  
29/04/2014

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

Daniilo Gomes Artur

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO  
07/02/2019

LOCAL  
CRATEUS, CE

Assinatura do Emissor  
IGOR VASCONCELOS PONTE

59006060063  
CE169109682

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1673404361

DE ACORDO COM AS BANCAS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1474315215

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1474315215

CEARA

NOME  
JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
35175992000 SSPDC CE

CITY  
952.516.183-87 DATA NASCIMENTO  
20/02/1979

FIJACÃO  
JOSE ALVES BEZERRA  
MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

PERMISSÃO ACC CALHAR A

Nº REGISTRO  
06594533054 VALIDADE  
05/08/2020 1ª HABILITAÇÃO  
31/03/2016

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Jose Junior Coelho Bezerra*

LOCAL  
CRATEUS, CE DATA EMISSÃO  
09/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR  
24313305093  
CE159278155

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1673404361



NOME  
DANILO GOMES ARTUR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
336987699 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO  
873.649.133-00 05/01/1981

EMISSÃO  
JOSE ARTUR SOBRINHO  
MARIA DE FÁTIMA GOMES  
ARTUR

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
06058678915

VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
24/01/2024 29/04/2014

OBSERVAÇÃO  
SEM OBSERVAÇÃO;

Daniilo Gomes Artur

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO  
07/02/2019

LOCAL  
CRATEUS, CE

Assinatura do Emissor  
IGOR VASCONCELOS PONTE

59006060063  
CE169109682

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1673404361

DE ACORDO COM AS BANCAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014329519271  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PRINC	EXERCÍCIO
01	170286025	0000000000	2018

JOSE JUNIOR SENEHO ENZERRA  
\*\*\*\*\*  
09479087-3

PLACA ANTUA	PLACA
95251618387	NQZ4489

ESPEC. INO	COMBUSTIVEL
01	ALCO

ANFAB	ANO MOD
2009	2010

CATEGORIA	VERB. PREDOMINANTE
TRATADO	VERB. PREDOMINANTE

VENÇ. COTA ÚNICA	VENÇ. COTAS
1º	2º

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65	0,50	181,15	26/12/2018

CRAPLEUS	LOCAL	DATA
10/05/2019		

CE Nº 014329519271 BILHETE DE SEGURO DPVAT

95251618387	NQZ4489
-------------	---------

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

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	15/07/2018

OPF / CNF	PLACA
01	NQZ4489

RENAVAM	MARKA / MODELO
170286025	FERRARI F430

ANFAB	Nº CHASSI
2009	SC2K01610AR005533

PREMIO TARIFARIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
180,65	95,50

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
10	0,50	95,50

PAGAMENTO	PARCELADO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEGURO DPVAT  
SEGURO DPVAT  
SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT  
SEGURO DPVAT  
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014329519271  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PRINC	EXERCÍCIO
01	170286025	0000000000	2018

JOSE JUNIOR SENEHO ENZERRA  
\*\*\*\*\*  
09479087-3

PLACA ANTUA	PLACA
95251618387	NQZ4489

ESPEC. INO	COMBUSTIVEL
02	ALCO

ANFAB	ANO MOD
2009	2010

CATEGORIA	VERB. PREDOMINANTE
TRATADO	VERB. PREDOMINANTE

VENÇ. COTA ÚNICA	VENÇ. COTAS
1º	2º

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180,65	0,50	181,15	26/12/2018

CRAPLEMS	LOCAL	DATA
10/05/2019		

CE Nº 014329519271 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENAM	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	2018	26/12/2018

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

OPF / CNF	PLACA
01	NQZ4489

RENAM	MARKA / MODELO
01	VEHICULO 06450 TATIAN MIZ F5

ANFAB	Nº CHASSI
2009	95251618387

PREMIO TARIFARIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
180,65	95,50

IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
0,50	181,15

CUSTO DO BILHETE (R\$)	DATA DE OUTAÇÃO
10	26/12/2018

PAGAMENTO	PARCELADO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEGURO DO SEGURO DPVAT  
CNPJ 09.248.908/0001-04

101-2018

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337360/19

**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF:** 952.516.183-87

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA : 952.516.183-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019  
Nome: DANILO GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

DANILO GOMES ARTUR

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190589579 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO EM 5º PODODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO 5º DEDO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO  
OMBRO ESQUERDO. E LEVE 5º DEDO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO, CRM: 19150, DATA:16/10/2019,PÁG 9.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190589579 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO EM 5º PODODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO  
OMBRO ESQUERDO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 5º DEDO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO, CRM: 19150, DATA:16/10/2019,PÁG 1.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão TELE ATENDENTE, residente e domiciliado(a) na RUA PROFESSOR NETO, nº. 76, complemento SEDE bairro IPASE, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-465, portador(a) do RG nº 3517599-2000, SSP/CE e CPF nº 952.516.183-87.

**Outorgado:** DANILO GOMES ARTUR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DOUTOR JOÃO TOMÉ, nº 1379, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA Cep.: 63.702-265, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/CE e CPF nº 873.649.133-00.

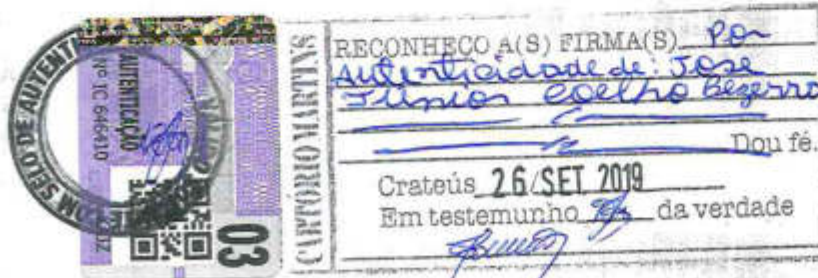
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro da natureza INVALIDEZ e/ou DAMS, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, ocorrido em 04/07/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

CRATEÚS/CE, 26 de SETEMBRO de 2019.

*Jose Junior Coelho Bezerra*

Outorgante JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
CPF Nº 952.516.183-87



**CARTÓRIO MARTINS**  
Elaine Cristina da Silva Nascimento  
Substituta  
Crateús - Ceará

Neste documento (☒ Reconhecimento da Firma) (☐ Procuração) (☐ Escritura sem valor Declarado) (☐ Divórcio sem valor Declarado) Foi aplicado o selo tipo 03, conforme autorização do TJCE, na Portaria Nº 1.099/2019, Publicada no Diário da Justiça em 09/07/2019

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão TELE ATENDENTE, residente e domiciliado(a) na RUA PROFESSOR NETO, nº. 76, complemento SEDE bairro IPASE, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-465, portador(a) do RG nº 3517599-2000, SSP/CE e CPF nº 952.516.183-87.

**Outorgado:** DANILO GOMES ARTUR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA DOUTOR JOÃO TOMÉ, nº 1379, bairro CENTRO, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA Cep.: 63.702-265, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/CE e CPF nº 873.649.133-00.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro da natureza INVALIDEZ e/ou DAMS, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA, ocorrido em 04/07/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

CRATEÚS/CE, 26 de SETEMBRO de 2019.

*Jose Junior Coelho Bezerra*

Outorgante JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA  
CPF Nº 952.516.183-87



**CARTÓRIO MARTINS**  
Elaine Cristina da Silva Nascimento  
Substituta  
Crateús - Ceará

Neste documento (☒ Reconhecimento da Firma) (☐ Procuração) (☐ Escritura sem valor Declarado) (☐ Divórcio sem valor Declarado) Foi aplicado o selo tipo 03, conforme autorização do TJCE, na Portaria Nº 1.099/2019, Publicada no Diário da Justiça em 09/07/2019

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337360/19

**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF:** 952.516.183-87

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR COELHO  
BEZERRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA : 952.516.183-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/09/2019  
Nome: DANILO GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

DANILO GOMES ARTUR

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362264/19

**Vítima:** JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

**CPF:** 952.516.183-87

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR COELHO  
BEZERRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### DANILO GOMES ARTUR : 873.649.133-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA : 952.516.183-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: DANILO GOMES ARTUR  
CPF: 873.649.133-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

DANILO GOMES ARTUR

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA