
Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Nº Sinistro: **3180223910**

Vitima: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Data do Acidente: **14/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS FIORELLI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180223910**.

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



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Nº Sinistro: **3180223910**

Vitima: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Data do Acidente: **14/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS FIORELLI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180223910**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Sinistro: **3180223910**

Vítima: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Data do Acidente: **14/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS FIORELLI**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180223910** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta n°: 13053441

A/C: CICERO LEONARDO MARTINS

Nº Sinistro: 3180223910
Vitima: CICERO LEONARDO MARTINS
Data do Acidente: 14/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS FIORELLI

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: CICERO LEONARDO MARTINS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000000757-9

Conta: 000009004-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180223910**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO LEONARDO MARTINS**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CACHOEIRA nº 644 - ZONA RURAL - MISSAO VELHA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20081770841 - SSP**

Data e local do acidente: **14/11/2017 MISSAO VELHA/CE**

Data e local do exame: **20/06/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

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

TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS. EM USO DE MEDICAÇÃO PELO TRAUMA CRANIANO.

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

APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E DÉFICIT COGNITIVO . EM USO DE ANTICONVULSIVANTE DE FORMA CONTÍNUA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

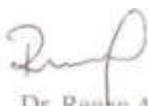
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE


Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEX 12076

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

049.664.963-90

Nome completo da vítima

Líero Leonardo Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Líero Leonardo Martins	CPF titular da conta	049.664.963-90	Profissão	recuso
Endereço	Sítio Bachocira	Número	644	Complemento	—
Bairro	sul	Cidade	Missão Velha	Estado	SC
Email	marcosgiurelli@hotmail.com				Telefone (DDD) (082) 9.8822-1645

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

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

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

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
Bradesco	237		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0793	9	9004	2

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

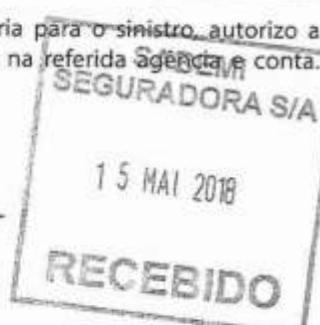
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida Agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

J. do Norte, 17 de Abril de 2018
Local e Data

Líero Leonardo Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CONTRIBUINTE DO BANCO BRASILEIRO S.A.
CLAUDIA NORIS ABREU MOLIM ME 01111111
PRACA FREDERICO PEREIRA MAIA
1188-NET 150 00002210 DATA 22-02-2018
DNTA:22-02-2018 VARA 10 BRNCH:10 14:10

www.zigzagmedia.com.au

1014011140011001105
AGH16 08/12/ COTR: 0000000000000000-2

14000 05500000
See also [Institution](#)

REGISTRANTE : R. V. MUSSET VELHA
CORRESP. BANCO : BANC - FARMACIA SANTA
KEITH 16
NRO. 028845348394 AUTLN11CPACD: 0595-78

03124818 08004500
08004500 0312

cool conte : .9004-2

Ag: 757-9.

SABEMI
SEGURADORA S/A

15 MAI 2018

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 501 - 222 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **27/02/2018 11:00:39**

Data / Hora da Ocorrência: **14/11/2017 19:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CORONEL JOSÉ DANTAS**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **MISSAO VELHA/CE**

Ponto de Referência: **PRÓX. AO HOSPITAL GERAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Nascimento: **04/11/1992** CPF: **049.664.963-90**

RG: **20081770841** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUSA**
NI

Endereço: **SITIO CACHOEIRA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **MISSAO VELHA/CE**

País: **BRASIL**



CEP:

Telefone: **(88) 9216-3124**

Noticiante(s)

Nome: **CICERO LEONARDO MARTINS**

Nascimento: **04/11/1992** CPF: **049.664.963-90**

RG: **20081770841** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUSA**
NI

Endereço: **SITIO CACHOEIRA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **MISSAO VELHA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9216-3124**

Dados do(s) Veículo(s)

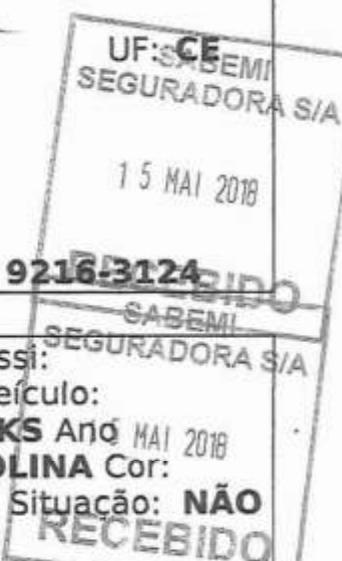
1) Placa: **HXD4053** Uf: **CE** Município: **MISSAO VELHA** Chassi:

9C2KC08106R893168 Renavam: **882921428** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano: **MAI 2018**

Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **CICERO LEONARDO MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**



Histórico

Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas para o crimes de denúncia caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que estava conduzindo sua motocicleta pela Av. Cel. José Dantas, nas proximidades do Hospital Geral de Missão Velha/CE, nesta urbe, quando sentiu um veículo colidir na sua traseira, fazendo com que o noticiante perdesse o controle da motocicleta e se chocasse com a traseira de um caminhão que estava estacionado na via. Não sabe dizer quem o socorreu para o Hospital Geral de Missão Velha/CE, de onde foi transferido para o Hospital Santo Antônio, em Barbalha/CE. Não sabe declinar as características dos veículos envolvidos. Afirma que ficou internado por

x cicero leonardo martins



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MISSAO VELHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 501 - 222 / 2018

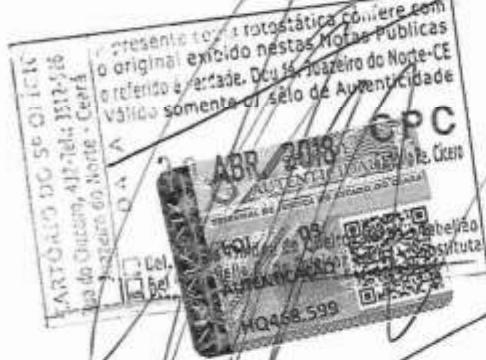
alguns dias, mas não sabe declinar a data em que recebeu alta. Aduz que foi submetido a cirurgia na cabeça, mas não sabe informar o motivo nem a complexidade da cirurgia. Do acidente, restaram sequelas, principalmente em relação à memória. Sua voz também restou prejudicada, dificultando sua comunicação. Aduz que apenas o noticiante restou lesionado em decorrência do acidente. Possui CNH e registra o presente boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT. Dispensa a expedição de guia de exame de corpo de delito. Nada mais a acrescentar, deu-se por encerrado o presente boletim de ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MISSAO VELHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *(Signature)* José Airton Saraiva Calixto Júnior
JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Celso Luvondo Martins*

VISTO DO DELEGADO(A) : *LORNA DE AGUIAR ALENCAR BEZERRA* - MAT.: 198798-1-X



(Signature)
José Airton Saraiva Calixto Júnior
ESCRIVÃO DE POLICIA
Mat.: 300.907-1-3

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

Eduardo Rafael Martins

CPF da Vítima

049.664.963-90

Data do Acidente

14/11/2017

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 atende 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.

Eduardo Rafael Martins
Local e Data

SABEMI
SEGURADORA S/A

15 MAI 2018

RECEBIDO

Eduardo Rafael Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO LEONARDO MARTINS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00757-9

CONTA: 00000009004-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2072018050000000002370075700000009004675000 PAGO

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **519291976**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

ABR/2018Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE****4746036****9****VENCIMENTO****09/05/2018****TOTAL A PAGAR (R\$)****68,21****DESCRÍÇÃO DA CONTA****ENERGIA**

Consumo faixa 0-30 Kwh

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

72 0,35281 25,40

OUTROS PAGAMENTOS

CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 5319	5247	1	72	0	72

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
02/05/2018	02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5314.5169.C0AD.E247.8A05.9E67.82E9.6476

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	13,06
TRANSMISSÃO	1,39
DISTRIBUIÇÃO	7,44
ENCARGOS SETORIAIS	1,99
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,52

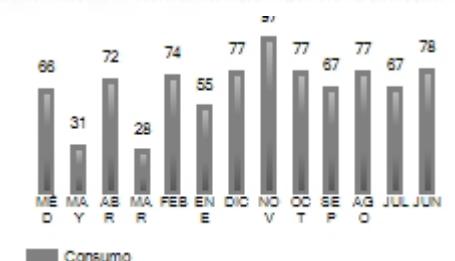
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,66

Conjunto BARBALHA

Mês: FEV/ 2018

	Padrão Mensal	Individual		Apuração Individual	
		Trim.	Anual	Mensal	Trim.
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)autenticação mecânica **cliente**

Nº do Cliente:

4746036-9Nº da Nota Fiscal: **519291976**Total a Pagar (R\$): **68,21**

Data de Emissão:

29/05/2018Referência: **ABR/2018**Nº de Controle: **0004746036 00074 4376 2 69**

83860000000-0 68210031000-4 00047460360-1 00744376295-0



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS FIORELLI, inscrito (a) no CPF sob o Nº 639.986.109-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clelio Leonardo Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.664.963/90, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Clelio Leonardo Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.664.963/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Jucyone Renda: Jucyone e apresento os documentos comprobatórios:

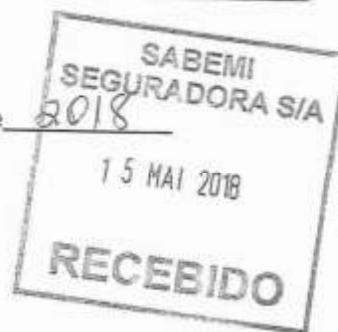
Recuso informar

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 DA CONCEIÇÃO		Número 549	Complemento SL 304
Bairro CENTRO	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARÁ	CEP 63010-222
Email MARCOSFIORELLI@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD) (88) 3587-1645	Telefone celular (DDD) (88) 98822-1645	

Juazeiro do Norte 17 de April
 Local e Data
Assinatura do Declarante





FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
AIH UNISUSWEB : 11281101011213161911

Emissão: 16/11/2017 13:42

Paciente: CICERO LEONARDO MARTINS

Atend. N°: 414653

Data Nasc: 04/11/1992 CPF: 049.664.963-90 RG: 2008177084
Filiação - Mãe: MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUZA Pai: NC

Idade: 25a 0m 12d Sexo: M

Endereço: SITIO CACHOEIRA SN
Município: MISSAO VELHA
Telefone: 8899912712988387900
Natural.: FORTALEZA

UF: CE CEP: 63200000
Profissão: AGRICULTOR Cor: PARDO
.CE Religião: NAO INFORMADO Atend:WESLEY

Conv.: SUS INTERNADOS Matrícula/CNS: 898000501440773

Titular:

Responsável.: CICERO LEONARDO MARTINS

CPF: 04966496390

Médico.: CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA
Clínica.: INTERN. CIRURGICA
Setor...: POSTO I -HMSA
Carater.: 02 URGENCIA

|Frontuário: 121904
|Data/Hora.: 14/11/2017 20:04
|Qto/Leito.: 104-06
|Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

-RESUMO DE TRATAMENTO-

HDA:

HAS ()

DM ()

-ANTECEDENTES PESSOAIS-

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

PUPILOS:



AUTENTICAÇÃO	
A presente cópia confere com o original exibido em Notas. Dou fé. Barbalha/CE	
DA: 25 JAN. 2018	
<input type="checkbox"/> Marcelo Maciel Torres - Titular <input type="checkbox"/> Mayara do Nascimento Torres - Substituto <input type="checkbox"/> Mayara do Nascimento Torres - Substituto <input type="checkbox"/> Praticante Bacharel em Letras - Escrevente <small>VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO</small>	

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA:

-DIAGNÓSTICO-

ALTA EM: 21/11/17
13:33

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASN. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

SABEMI SEGURADORA SIA	
19 MAI 2018	
RECEBIDO	

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 008373

CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA

Impressor por: ANDERSON 16/11/2017 13:42

Car. s/ "andy
Neurologia e Neurocirurgia
CRM-CE 073 CRM-PB 6303 / CRM-F 1000"



FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
AIH UNISUSWEB : 11289101011613161911

Emissão: 16/11/2017 13:42

Atend.Nº: 414653

Idade: 25a 0m 12d Sexo:M

Est.Civil: SOLTEIRO

Paciente: CICERO LEONARDO MARTINS

Data Nasc: 04/11/1992 CPF: 049.664.963-90 RG: 2008177084
Filiação - Mãe: MARIA DO SOCORRO MARTINS DE SOUZA País: NC

Endereço: SITIO CACHOEIRA SN
Município: MISSAO VELHA
Telefone: 8899912712988387900
Natural.: FORTALEZA

Bairro: ZONA RURAL
UF: CE CEP: 63200000
Profissão: AGRICULTOR Cor: PARDO
.CE Religião: NAO INFORMADO Atend:WESLEY

Conv.: SUS INTERNADOS Matricula/CNS: 898000501440773

Titular:

Responsável: CICERO LEONARDO MARTINS

CPF: 04966496390

!Prontuário: 121904
!Data/Hora.: 14/11/2017 20:04
!Qto/Leito.: 104-06
!Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

PUPILOS:



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido em Notas.
Dou fé. Barbalha/CE
25 JAN. 2018

<input type="checkbox"/> Marcos Henrique Maciel Tavares	<input type="checkbox"/> Titular
<input type="checkbox"/> Ana Maria de Souza Bernardo Tavares Substituto	<input type="checkbox"/> Substituto
<input type="checkbox"/> Mayara de Souza Bernardo Tavares Lavor	<input type="checkbox"/> Dependente
<input type="checkbox"/> Francisco Góes Jr. - Vice-Líder - Substituto	<input type="checkbox"/> Substituto
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE	

RM =

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASN. P/ MÉDICO:

15 MAI 2018

CONDIÇÕES DE ALTA:

15 MAI 2018

ALTA EM: 21/11/17
13:33

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 008373

CARLOS KENNEDY TAVARES LIMA

Impressor por: ANDERSON 16/11/2017 13:42

Car. 57
Neurologia e Neurolcirurgia
CRM-CE 008373 / CRM-PB 8303 / CRM-PI 14201

RECEBIDO.

Paciente: João Batista
 Médico:
 Data: 11/11/12 Setor:
 Clínica:

Evolução médica

	Prescrição médica	Horário
1º dia	Ditro 200 mg	2000
2º dia	SF 0,9% 1000 ml	24h
3º dia	D. amox 500 + AD 500 + C/6 Sx	24h
4º dia	Branca 1amp + AD 500 + CN	
5º dia	SiN, CC 66	
6º dia	C. he. C. 500ml	
7º dia	Halodol - 1mg TUT - 90	
8º dia	Ativitex 1000 + Analges	
9º dia	doença	
10º dia		
11º dia		
12º dia		
13º dia		
14º dia		
15º dia		
16º dia		
17º dia		
18º dia		
19º dia		
20º dia		
21º dia		
22º dia		
23º dia		
24º dia		
25º dia		
26º dia		
27º dia		
28º dia		
29º dia		
30º dia		
31º dia		
32º dia		
33º dia		
34º dia		
35º dia		
36º dia		
37º dia		
38º dia		
39º dia		
40º dia		
41º dia		
42º dia		
43º dia		
44º dia		
45º dia		
46º dia		
47º dia		
48º dia		
49º dia		
50º dia		
51º dia		
52º dia		
53º dia		
54º dia		
55º dia		
56º dia		
57º dia		
58º dia		
59º dia		
60º dia		
61º dia		
62º dia		
63º dia		
64º dia		
65º dia		
66º dia		
67º dia		
68º dia		
69º dia		
70º dia		
71º dia		
72º dia		
73º dia		
74º dia		
75º dia		
76º dia		
77º dia		
78º dia		
79º dia		
80º dia		
81º dia		
82º dia		
83º dia		
84º dia		
85º dia		
86º dia		
87º dia		
88º dia		
89º dia		
90º dia		
91º dia		
92º dia		
93º dia		
94º dia		
95º dia		
96º dia		
97º dia		
98º dia		
99º dia		
100º dia		
101º dia		
102º dia		
103º dia		
104º dia		
105º dia		
106º dia		
107º dia		
108º dia		
109º dia		
110º dia		
111º dia		
112º dia		
113º dia		
114º dia		
115º dia		
116º dia		
117º dia		
118º dia		
119º dia		
120º dia		
121º dia		
122º dia		
123º dia		
124º dia		
125º dia		
126º dia		
127º dia		
128º dia		
129º dia		
130º dia		
131º dia		
132º dia		
133º dia		
134º dia		
135º dia		
136º dia		
137º dia		
138º dia		
139º dia		
140º dia		
141º dia		
142º dia		
143º dia		
144º dia		
145º dia		
146º dia		
147º dia		
148º dia		
149º dia		
150º dia		
151º dia		
152º dia		
153º dia		
154º dia		
155º dia		
156º dia		
157º dia		
158º dia		
159º dia		
160º dia		
161º dia		
162º dia		
163º dia		
164º dia		
165º dia		
166º dia		
167º dia		
168º dia		
169º dia		
170º dia		
171º dia		
172º dia		
173º dia		
174º dia		
175º dia		
176º dia		
177º dia		
178º dia		
179º dia		
180º dia		
181º dia		
182º dia		
183º dia		
184º dia		
185º dia		
186º dia		
187º dia		
188º dia		
189º dia		
190º dia		
191º dia		
192º dia		
193º dia		
194º dia		
195º dia		
196º dia		
197º dia		
198º dia		
199º dia		
200º dia		
201º dia		
202º dia		
203º dia		
204º dia		
205º dia		
206º dia		
207º dia		
208º dia		
209º dia		
210º dia		
211º dia		
212º dia		
213º dia		
214º dia		
215º dia		
216º dia		
217º dia		
218º dia		
219º dia		
220º dia		
221º dia		
222º dia		
223º dia		
224º dia		
225º dia		
226º dia		
227º dia		
228º dia		
229º dia		
230º dia		
231º dia		
232º dia		
233º dia		
234º dia		
235º dia		
236º dia		
237º dia		
238º dia		
239º dia		
240º dia		
241º dia		
242º dia		
243º dia		
244º dia		
245º dia		
246º dia		
247º dia		
248º dia		
249º dia		
250º dia		
251º dia		
252º dia		
253º dia		
254º dia		
255º dia		
256º dia		
257º dia		
258º dia		
259º dia		
260º dia		
261º dia		
262º dia		
263º dia		
264º dia		
265º dia		
266º dia		
267º dia		
268º dia		
269º dia		
270º dia		
271º dia		
272º dia		
273º dia		
274º dia		
275º dia		
276º dia		
277º dia		
278º dia		
279º dia		
280º dia		
281º dia		
282º dia		
283º dia		
284º dia		
285º dia		
286º dia		
287º dia		
288º dia		
289º dia		
290º dia		
291º dia		
292º dia		
293º dia		
294º dia		
295º dia		
296º dia		
297º dia		
298º dia		
299º dia		
300º dia		
301º dia		
302º dia		
303º dia		
304º dia		
305º dia		
306º dia		
307º dia		
308º dia		
309º dia		
310º dia		
311º dia		
312º dia		
313º dia		
314º dia		
315º dia		
316º dia		
317º dia		
318º dia		
319º dia		
320º dia		
321º dia		
322º dia		
323º dia		
324º dia		
325º dia		
326º dia		
327º dia		
328º dia		
329º dia		
330º dia		
331º dia		
332º dia		
333º dia		
334º dia		
335º dia		
336º dia		
337º dia		
338º dia		
339º dia		
340º dia		
341º dia		
342º dia		
343º dia		
344º dia		
345º dia		
346º dia		
347º dia		
348º dia		
349º dia		
350º dia		
351º dia		
352º dia		
353º dia		
354º dia		
355º dia		
356º dia		
357º dia		
358º dia		
359º dia		
360º dia		
361º dia		
362º dia		
363º dia		
364º dia		
365º dia		
366º dia		
367º dia		
368º dia		
369º dia		
370º dia		
371º dia		
372º dia		
373º dia		
374º dia		
375º dia		
376º dia		
377º dia		
378º dia		
379º dia		
380º dia		
381º dia		
382º dia		
383º dia		
384º dia		
385º dia		
386º dia		
387º dia		
388º dia		
389º dia		
390º dia		
391º dia		
392º dia		
393º dia		
394º dia		
395º dia		
396º dia		
397º dia		
398º dia		
399º dia		
400º dia		
401º dia		
402º dia		
403º dia		
404º dia		
405º dia		
406º dia		
407º dia		
408º dia		
409º dia		
410º dia		
411º dia		
412º dia		
413º dia		
414º dia		
415º dia		
416º dia		
417º dia		
418º dia		
419º dia		
420º dia		
421º dia		
422º dia		
423º dia		
424º dia		
425º dia		
426º dia		
427º dia		
428º dia		
429º dia		
430º dia		
431º dia		
432º dia		
433º dia		
434º dia		
435º dia		
436º dia		
437º dia		
438º dia		
439º dia		
440º dia		
441º dia		
442º dia		
443º dia		
444º dia		
445º dia		
446º dia		
447º dia		
448º dia		
449º dia		
450º dia		
451º dia		
452º dia		
453º dia		
454º dia		
455º dia		
456º dia		
457º dia		
458º dia		
459º dia		
460º dia		
461º dia		
462º dia		
463º dia		
464º dia		
465º dia		
466º dia		
467º dia		
468º dia		
469º dia		
470º dia		
471º dia		
472º dia		
473º dia		
474º dia		
475º dia		
476º dia		
477º dia		
478º dia		
479º dia		
480º dia		
481º dia		
482º dia		
483º dia		
484º dia		
485º dia		
486º dia		
487º dia</		



Hospital
Santo Antônio

HOSPITAL SANTO ANTONIO
AV. PAULO MAURICIO S/N - VILA SANTO ANTONIO
FONE 88 35327700 www.focs.med.br BARBALHA-CE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA: 14/11/2017 23:26 ATENDIMENTO: 414652 PRONT.: 121904
CONV.....: SUS AMBULATORIAL PA HMSA
PACIENTE.: CICERO LEONARDO MARTINS

=====

EVOLUÇÃO: 14/11/17 23:26

NOITE

CLIENTE JOVEM COM HD DE TCE, ADMITIDO PROVINENTE DA EMERGENCIA. VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. EUPNEICO AFEBRIL, ACOLISADO. MANTEN AVP, AGUARDA REALIZAR TC DE CRANIO. MEDICADO C.P.M. SEG SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

João Eudes da Silva Gomes
Enfermeiro
(EN-CE 356-77)

SABEMI
SEGURADORA S/A
15 MAI 2018
RECEBIDO

TARDE

PACIENTE COM HD DE TCE, SEGUE EM DIETA ZERO AGUARDANDO CIRURGIA DE HEMATOMA.

SANDRA MATIAS-COREN 880244

*Sandra Matias
Tec. Enfermagem
CICR*

DATA/HORA: 16/11/2017 08:45 ATENDIMENTO: 414653 PRONT. 121904
CONV: SUS INTERNADOS 104-06 POSTO I -HMSA
PACIENTE: CICERO LEONARDO MARTINS

EVOLUCAO: 16/11/17 08:45

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM COM HD DE TCE, EVOLUI ESTAVEL, CONSCIENTE, ALGO CONFUSO, INQUIETO, EUPNEICO, MEDICADO C.P.M., ACEITA A DIETA, AG. REALIZAR TC DE CRANIO. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

ANTONIO ROCHA/1216847





Hospital
Santo Antônio

HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTÔNIO / Barbalha - CEE

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Observações

Hleicher todos os campos após a cirurgia (verso e anverso)

Ócio Fernando M. Jatins
NOME DO PACIENTE:

MEMORIAS

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA									
Santo Antônio SANTO ANTÔNIO / Barbalha - CE Observações: Preencher todos os campos após a cirurgia (verso e anverso)									
<u><i>Cícero Henrique Matias</i></u> NOME DO PACIENTE:			Nº DA AIH <big>1.219 04</big> CÓDIGO CID			CIRURGIA S/A ABEMI SEGURADORA 5 MAI 2018			
DIAGNÓSTICO: <u><i>Hepatite C</i></u>			REG.			INÍCIO Duraplo		TÉRMINO HORA MINUTO	
Conversão	Categoria	Detalhes							
			DIA ÚTIL	MÊS	ANO	DIA MINUTOS TOTAL	MINUTOS ACRÉSC.		
						() SIM () NÃO			
OPERAÇÃO: <u><i>Hepatite C</i></u>			CÓDIGOS S/M			RECEBIDO			
MATERIAL DE SALA		MATERIAL DE SALA							
TIPO	Q	V.U	VT	TIPO	Q	V.U	VT		

En minutos cr/acrés. Para os casos de emergência fora do horário normal e dia não úteis (preeencher)



Hospital
Santo Antônio

LAVADO MEDICO

Atestado P/ DEVIDO FIM DUE
CICERO LEONARDO MARTINS
VITIMA DE ACIDENTE DE
MOTO CR 776 ORCUE
CID 506, NO OCCASIO PI
SUBMETIDA A NEUROSCIURGIÇA
P/ DESANGUE DE MENINGES,
ATIVAMENTE COM SEQUELOS
COGNITIVOS, CONGATITOS,
E DEPENDENCIA DE TECNICAS.
MECESSITE P/ QUITAR
A DOENCA

Voltando à consulta, trazer esta receta

Carlos Kennedy
Neurologia e Neurocirurgia
CRM-CE 8373 / CRM-PB 8300 / CRM-PE 19201

HSA - REFERENCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCHIRURGIA - 24 HORAS
TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS
OROGLÓTICA
OBSTÉTRICA
VASCULAR
CIRURGIAS PLÁSTICAS
ALERGOLOGIA
EXAMES
EEG
BESONANCIAS
BAIQUERA
ELETROENCEFALOGRAFIA
COMPUTADORIZADA

HOSPITAL SANTO ANTONIO
Av. Paulo Maúcio S/N - Fone: (88) 3632-7700

SABEMI
SEGURADORA S/A
15 MAI 2018
RECEBIDO





Declaração

Eu Périco Leonardo Martins, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 14/11/17, fui socorrido por populares levado ao hospital:

Hospital Geral de Missão Velha

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiro, Ambulância, etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência policial e a documentação médica apresentada.

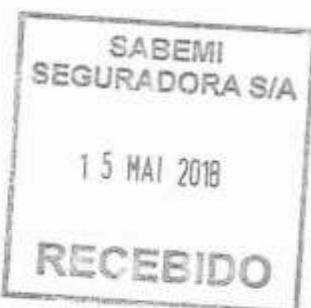
"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

Juazeiro do Norte

27/04/18

Périco Leonardo Martins



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223910 **Cidade:** Missão Velha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO LEONARDO MARTINS **Data do acidente:** 14/11/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTIVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223910 **Cidade:** Missão Velha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO LEONARDO MARTINS **Data do acidente:** 14/11/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS. EM USO DE MEDICAÇÃO PELO TRAUMA CRANIANO.
APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E DÉFICIT COGNITIVO . EM USO DE ANTICONVULSIVANTE DE FORMA CONTÍNUA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Cícero Leonardo Martins, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG 20081770841 SSP/DS CE e CPF 049.664.963-90 residente e domiciliado St. Ezequiel, 644, Bub, Missão Velha, Ceará.*

Outorgado: MARCOS FIORELLI, brasileiro, casado, empresário, escritório com sede em Rua da Conceição, 549. Sala 304, Centro, Juazeiro do Norte, Ceará, CEP 63.010-222, telefones (88) 3587-1645, (88) 98822-1645 e (88) 98804-8888, portador do documento de identidade RG nº 4.990.437-1 SSP/PR e CPF nº 639.986.109-87.

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, que vitimou em acidente de trânsito *Cícero Leonardo Martins* ocorrido em 14/11/2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, 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 e demais formulários obrigatórios exigidos pela Seguradora Líder, 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.

5º OFÍCIO

Juazeiro do Norte, 09 de março de 2018.

Cícero Leonardo Martins
Outorgante (reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

