

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2016

Carta nº: 9993337

A/C: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Sinistro: 3160661153 ASL-1133970/16
Vitima: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS FIORELLI

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2016

Carta nº: 9996186

A/C: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Sinistro: 3160661153 ASL-1133970/16
Vitima: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS FIORELLI

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10585642

A/C: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Sinistro: 3160661153 ASL-1133970/16
Vítima: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: 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: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000000619-0

Conta: 000000003835-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Cleildo de Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 37 377 366 3 EXPEDIDO POR SSP SP EM 13/10/15

CPF 601812463-89 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO Gerente

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 9ª Cleildo de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 115/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

31 OUT 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 619-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3835-0

RECEBIDO

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

João Nogueira 14 de Outubro de 2016 Francisco Cleildo de Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Bradesco****Dia & Noite**

RDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM.035410

FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA
AGENCIA 0619 CONTA 0003835-0

12:41 HRS
03/AGO/2016

DISPONIVEL -
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE
+ INVEST. FACIL

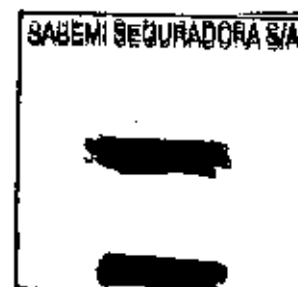
TOTAL DE RECURSOS

SALDO DTSP. P/INVEST.

DEMONSTRATIVO INVESTIMENTOS
INVEST FACIL BR.....(**)

(**) INVEST C/EX AUTOM

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 - 570 0622.
SAC Alô Bradesco - 0800 7043383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**Bradesco****Crédito-Débito
Crediário**

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5067 3176 9850 1308

5067

11/19

VÁLIDO ATÉ

06 9 0

AGÊNCIA DIG

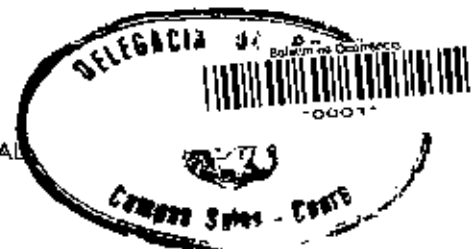
0003835

CONTA

0 03 00

DIG VIA TIPO

elo**FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA**



BOLETIM DE Ocorrência Nº 431 - 960 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	SABEMI SEGURADORA S/A 31 OUT 2016 RECEBIDO
Data / Hora da Comunicação: 18/08/2016 09:14:08	
Data / Hora da Ocorrência: 05/12/2015 04:00:00	
Endereço da Ocorrência: SITIO SERRA DE SALITRE	
Complemento:	
Bairro:	Município: SALITRE/CE
Ponto de Referência:	

Noticiante(s)

Nome: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA	SABEMI SEGURADORA S/A CE - SP [Redacted] RECEBIDO
Nascimento: 17/03/1981 CPF: 618.124.673-89	
RG: 373773663 Orgão Emissor: SSP	
Filiação: FRANCISCA DE ARAUJO SOUSA	
ANTONIO DA MOTA DE SOUSA	
Endereço: SITIO SERRA DE SALITRE, 1030	
Bairro: ZONA RURAL	
Município: SALITRE/CE	
País: BRASIL	CEP: [Redacted]
Telefone:	

Histórico

Afirma a pessoa acima Qualificada, sujeita as penalidades previstas nos Artigos 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) e 342 (Falso Testemunho) do Código Penal Brasileiro; QUE TRANSITAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2013 MODELO 2013, COR VERDE, PLACA PGU2212, RENAVAL 585022380, CHASSI 9C2KD0550DR228125, QUANDO SOFREU UMA DERRAPAGEM NA SERRA DE SALITRE, VINDO A PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO; QUE O NOTICIANTE SOFREU FORTE PANCADA NA CABEÇA, FRATUROU QUATRO COSTELAS, FICOU DESACORDADO E SÓ FOI ENCONTRADO POR POPULARES CERCA DE TRÊS HORAS DEPOIS; QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU E DEVIDO A GRAVIDADE DO ESTADO DE SAÚDE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI-HRC. E nada mais tendo a constar, foi encerrado o presente registro que segue devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES

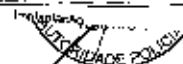
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 

MAELSON JUCA DE QUEIROZ FERNANDES - MAT.: 300519-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIEGO TIAGO SILVA RIBEIRO - MAT.: 404545-1-9



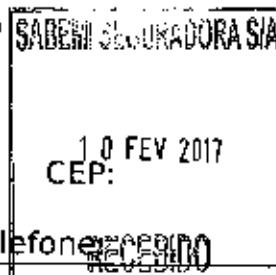
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 431 - 960 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2016 09:14:08**
Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2015 04:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO SERRA DE SALITRE**
Complemento:
Bairro:
Município: **SALITRE/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA**
Nascimento: **17/03/1981** CPF: **618.124.673-89**
RG: **373773663** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **FRANCISCA DE ARAUJO SOUSA**
ANTONIO DA MOTA DE SOUSA
Endereço: **SITIO SERRA DE SALITRE, 1030**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SALITRE/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **336010**



Histórico

Afirma a pessoa acima Qualificada, sujeita as penalidades previstas nos Artigos 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) e 342 (Falso Testemunho) do Código Penal Brasileiro; QUE TRANSITAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E LEVANDO COMO GARUPEIRO SEU IRMÃO CICERO HERNANE ARAUJO DE SOUSA, HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2013 MODELO 2013, COR VERDE, PLACA PGU2212, RENAVAM 585022380, CHASSI 9C2KD0550DR228125, QUANDO SOFREU UMA DERRAPAGEM NA SERRA DE SALITRE, VINDO A PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO; QUE O NOTICIANTE SOFREU FORTE PANCADA NA CABEÇA, FRATUROU QUATRO COSTELAS, FICOU DESACORDADO E SÓ FOI ENCONTRADO POR POPULARES CERCA DE TRÊS HORAS DEPOIS; QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU E DEVIDO A GRAVIDADE DO ESTADO DE SAÚDE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI-HRC. E nada mais tendo a constar, foi encerrado o presente registro que segue devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MAELSON JUCA DE QUEIROZ FERNANDES - MAT.: 300519-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Cleildo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIEGO TIAGO SILVA RIBEIRO - MAT.: 404545-1-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco Cleildo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 37.377.366-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 618.124.673-89, residente e domiciliado na Rua Serra Salitre II, 1030, Norte, Cidade Salitre, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

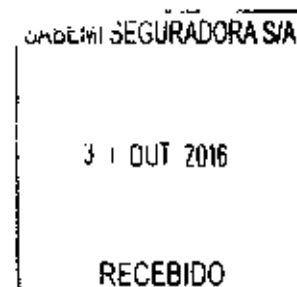
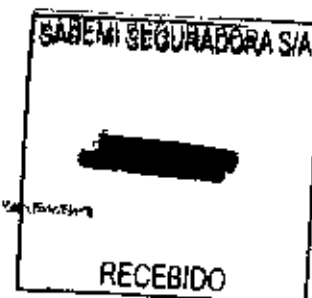
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Francisco Cleildo de Sousa

Local e data

Quazeiro do Norte Ceará, 14/10/2016



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco Cleildo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 37.377.366-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 618.124.673-89, residente e domiciliado na Rua Serra Salitre II, 1030, Norte, Cidade Salitre, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

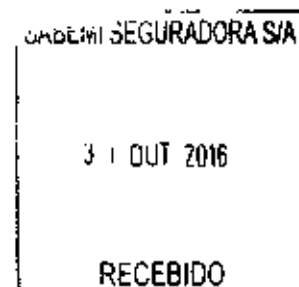
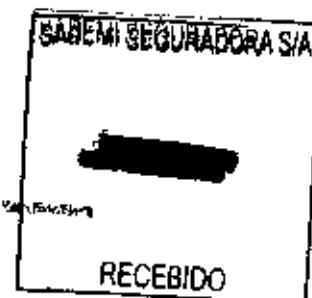
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

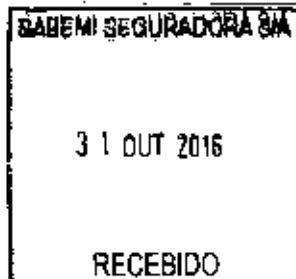
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Francisco Cleildo de Sousa

Local e data

Quazeiro do Norte Ceará, 14/10/2016



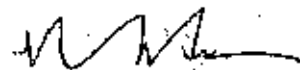


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA**, portador do RG Nº 37377366-3 e inscrito no CPF sob o Nº 618.124.673-89, no dia 5/12/2015, às 7h42min, no município de SALITRE- CE. Paciente vítima de queda de moto; onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Regional do Cariri**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 19 de fevereiro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



Ato Declaratório

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260-2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

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:

23/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00619-0

CONTA: 000000003835-0

Nr. Autenticação

BRDESCO2302201705000000000023700619000000003835675000 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Cleildo de Sousa

RG nº 37 377 356 3, data de expedição 13/10/15, órgão SSP SP,

CPF nº 618.124.675 89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sena Salitre II</u>	
Número	<u>1030</u>	
Apto / Complemento	<u>-</u>	
Bairro	<u>Norte</u>	SABEMI SEGURADORA S/A RECEBIDO
Cidade	<u>Salitre</u>	
Estado	<u>Ceará</u>	
CEP	<u>63155-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88) 3587 1645 / 988 22 1645</u>	
E-mail	<u>-</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte Ceará, 24/10/2016

Assinatura do Declarante: Francisco Cleildo de Sousa

SABEMI SEGURADORA S/A
31 OUT 2016
RECEBIDO

41-48857-1

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO D | SÉRIE B-4 | Nº

Rota	26 16062 50 392000 - 2	Data de Emissão	09/01/2016
------	------------------------	-----------------	------------

Nome: FRANCISCA DE ARAUJO SOUSA

End. Postal ST SEBRA SALITRE II 01030

NORTE - SALETTE - 63155000

Medidor 25014244

Poste 0000 3000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASECO BATXA RENDtor de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 283524928-10

CGF

Nome do Responsável

DADOS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO							
Período de Referência	Data de Apresentação	Período de Validade	Veja a legenda no verso desta conta.							
Ago/2016	09/08/2016	09/09/2016	Conjunta: GRUPO SANE			Mês: Jun/2016			EURO 7.70	
ICMS			QICRI = 0.06 F							
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Aprovação Individual				
ISENTO			Atual	Trên.	Anual	Atual	Trên.	Anual	Atual	Trên.
			11.59	25.39	46.30	2.83	3.76	1.00		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			PIC	7.82	15.84	31.73	1.50	2.00	0.00	
5182 5610 5044 5027 9478 9E9F 9D58 2624			DMIC	5.39			1.00			

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Left: Actual	Left: Anterior	Center	Consumers (width)	Cons. Ind.	Cons. Fac.	Torres IRS/100%	Volcar (R5)
2184	2154	1.38	33	0.66	34	0.1424	5.47
65/08/16	88/07/16		32/11/93		38		5.67

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL	14,49
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-9,42
JUROS DO MES	0,13
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,31
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	13,84

09/09/2016

19.35

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 24 meses)

Energia.....	0,17
Pensão.....	0,88
Gestão.....	1,16
Encargos Sociais.....	0,55
Tributos (ICMS PIS/COFINS).....	0,43
Total.....	5,48

Emissão kg(CO ₂)	Compensação kg(CO ₂)	Compensação Residual kg(CO ₂)
12,97	0,00	12,97

Integrità in commercio e vietato vendimmiare

சாதிக்கப்பட்டவர்களைப் பற்றி

Concia della fattura di 0,43 referante a FIS e COFIS

4411. * RUS. 100-2005 - ИЗМЕН. к Закону. 18.03.02 02 0 10.000 000

REVISÃO CADASTRAL 2016 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO UNICO ATÉ 17/03/2017 PARA NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL. INFORMACÕES PELO TEL. 0800 707 2003

SABEMI SEGURODORA S.A.

SABEM SEGURADORA NA

31 OCT 2016

RECEBIDO



Nota 13 13000 10 247000 - 2 Data de Emissão 19/05/2016

Nome MARCOS FIORELLI

End Postal RU DA CONCEICAO 00549 SL 304

CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE - 63010222

Medidor 23626228

Posto 0000 0000

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RQ / CPF / Cnpj 639986109-67

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data da Apresentação
19/05/2016 20/06/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Qualidade do Serviço
Mês 05/2016

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 156,75
Alíquota 12,00%
Valor do ICMS 18,81

Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
ENC	0,00	ENC	0,00	ENC	0,00	ENC	0,00
FIC	0,00	FIC	0,00	FIC	0,00	FIC	0,00
PMIC	0,00	PMIC	0,00	PMIC	0,00	PMIC	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)
156,75
54,49

Handwritten signature and date: 27/05/2016

27-05-2016

211,24

97,64 2,00

97,64 2,00

97,64 2,00

97,64 2,00

97,64 2,00



SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

31 OUT 2016

RECEBIDO



DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu marcos Fiorilli, portador(a) do

RG nº 4.990.437-1, expedido por SS P/PR, em

29/12/03, CPF/CNPJ nº 639-986-109-87,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisco

elildo de Souza do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

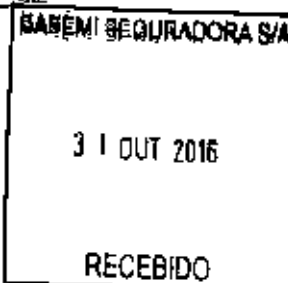
da vítima Francisco elildo de Souza, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recebo informar Renda Mensal: R\$ recebo informar

Documentos comprobatórios: Rq

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Picero Hermane Araujo de Sousa

RG nº 2005032001381 data de expedição 17/1/05

Órgão SSP SP, portador do CPF nº 027.919464-08, com domicílio na cidade de Salitre, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Serra Salitre II, nº 1030

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Cleildo de Sousa cujo o condutor era

João Cleildo de Sousa

Veículo: MOTO CUETA

Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES

Ano: 2013

Placa: PGU2212

Chassi: 9C 2 KD0550DR22 8125

Data do Acidente: 05/12/2015

Local e Data: Salitre 07 de Outubro de 2016

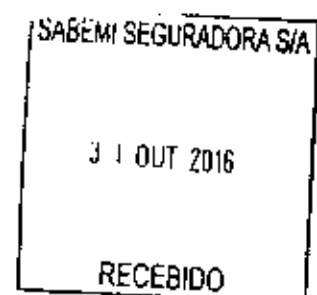
Picero Hermane Araujo de Sousa
Assinatura do Declarante



o mesmo

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

CARTÓRIO ÚNICO SALITRE - CE	Reconheço a(s) firma(s) <u>Picero Hermane Araujo de Sousa</u>
	Do(a) fe. Em Test. <u>da verdade.</u>
	07 OUT. 2016
	Salitre (CE)
<input type="checkbox"/> Maria Lucia Leite Dinis (Titular)	
<input checked="" type="checkbox"/> Lucelia Leite Dinis (Substituta)	





PREFEITURA MUNICIPAL DE SALITRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SALITRE
Rua São Antônio, 417 - Centro
Fone/Fax: (85) 3537 1225



HPP SÃO FRANCISCO DE SALITRE

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICO COM OBSERVAÇÃO

PACIENTE: Fco R. Melo da Sousa DATA: 05/12/15

DATA DE NASCIMENTO: 10/03/81 SEXO: MASC(☒) FEM(☐)

ENDEREÇO: Serra do Salitre

QUEIXAS: 34 anos

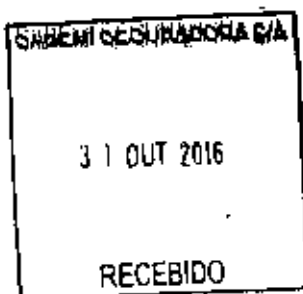
Prontidão vitais Ac. pulso e freq.
pressão t.c. e c.c. e freq. no focos
+ Pulso normal O.R.
H.T. t.c. e c.c. / Freq. normal

PRESCRIÇÃO:

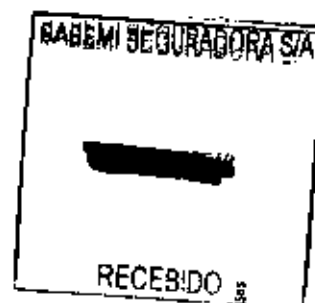
MEDICAÇÃO	DOSES	VIA	HORA
<u>glic. 91.1500uf W</u>			<u>8.00</u>
<u>Dinam. 100 ST</u>			<u>9.00</u>
<u>Hidral 2uf no ST</u>			<u>9.00</u>
<u>Sulfam. 5</u>			<u>9.00</u>
<u>furosemida</u>			<u>9.00</u>
<u>Acetamin. 100 (Hst/pulso) - Retido</u>			<u>9.00</u>
<u>Paracet. 100 cc</u>			

TIPO:

- (1) URGÊNCIA
(2) PRIMEIRA CONSULTA
(3) CONSULTA SUBSEQUENTE
(4) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
(5) CONSULTA C/ REFERENCIA P/ OUTRA UNIDADE



PA - 140x90
HQT - 130



Dr. Luiz Carlos de Almeida
Clínica Médica
CREMEPE

ASS. PACIENTE

ASS. MÉDICO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA
Data Nasc.: 17/03/1981 Idade: 34 ano(s) 8 mes(es) e 19 dia(s)
Mãe: FRANCISCA DE ARAUJO SOUSA
Sexo: Masculino RG: 373773663
CEP: 6315-8000 Bairro: ZONA RURAL
Endereço: SERRA DO SALITRE
Município: SALITRE
Prontuário: 126334 Admissão: 05/12/2015
Telefone: 88 992193851

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: FRANCISCO AMARO FERREIRA
Queixa: paciente vítima de acidente de moto com ferimentos na cabeça e joelhos
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Alteração súbita da consciência *
Horário: 12:47

o02: Glasgow: 11 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: NAESIO COSTA PEREIRA
Nº Atendimento: 301104 P.A.: Acidente: Sim Agressão: Não Peso: CRM: 7786

Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO
ESPECIFICADO
Comorbidade:

HDA/Exame Físico:
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, DEU ENTRADA COM REBAIXAMENTO
DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, LESÕES CORTO-CONTUSAS SUTURADAS NO COURO CABELUDO E HIPOGLICEMIA
(32MG/DL).
GLASGOW: 12
PUPILAS ISOCÓRICAS E REAGENTES
ACP: RCR 2T BNF S/S
MVU S/ RA
ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, ALGO DISTENDIDO, SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL
T: ESCORIAÇÕES E FERIMENTO SUTURADO NO JOELHO ESQ.
CD: SOLICITO ROTINA DO POLITRAUMA / VPM

SABEMI SEGURADORA S/A

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX BACIA AP (0204060095)	05/12/201 13:08	Não	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170) => REX	05/12/201 13:08	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	05/12/201 13:08	Não	Pendente
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	05/12/201 13:08	Não	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	05/12/201 13:08	Não	Pendente

SABEMI SEGURADORA S/A

31 OUT 2016

RECEBIDO

PRESCRIÇÃO

Médico: NAÉSIO COSTA PEREIRA

CRM: 7786

05/12/15 13:08

Prescrição	Horário:
GLICOSE 50% 4 AMP EV AGORA	13 18:30
BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN	
DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6H	13 18:30 19
SF 0,9% 2000ML EV 35 GTS/MIN	14 18:30
DIETA ZERO	

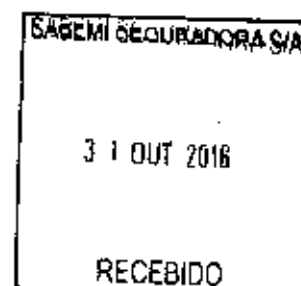
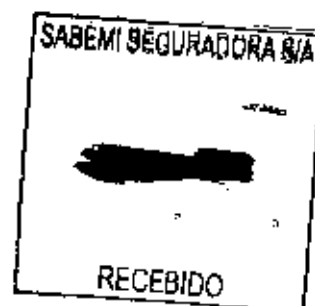
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



NOME: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA **PRONTUÁRIO:** 126334
DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1981
SOLICITANTE: DR. NAESIO COSTA PEREIRA
SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA **ENFERMARIA/LEITO:** ESPERA/01
DATA DO EXAME: 05/12/2015
DATA DO LAUDO: 05/12/2015
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:
 TCE

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, SEM a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

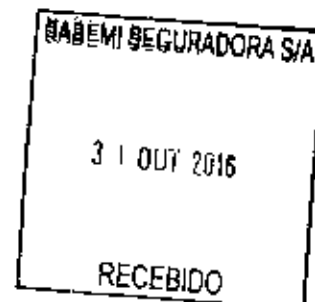
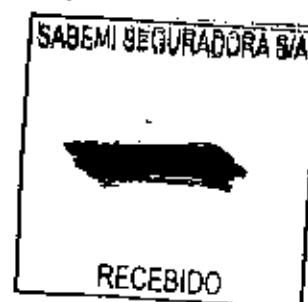
ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontal.
- Fratura com afundamento de 3.0 mm do osso frontal (paramediano à esquerda).
- Fratura do assoalho da órbita direita com infradesnívelamento de 4.2 mm.
- Material hemático em sulcos intergiciais da alta convexidade frontoparietal bilateral.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas craniofaciais com envolvimento orbitário à direita (vide descrição detalhada e reconstruções 3D);
2. Hemorragia subaracnoidea supratentorial.
3. Hemossinus.

Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
 Médico Radiologista CRM-CE 10485
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB





NOME: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 126334

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1981

SOLICITANTE: DR. NAESIO COSTA PEREIRA

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

ENFERMARIA/LEITO: ESPERA/01

DATA DO EXAME: 05.12.2015

DATA DO LAUDO: 05.12.2015

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

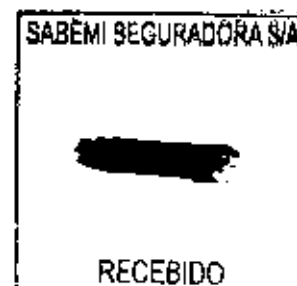
Trauma

ANÁLISE:

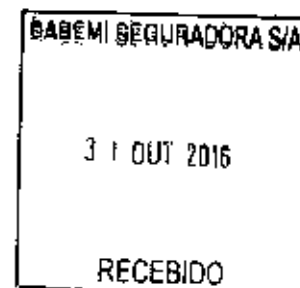
- Consolidação parenquimatosa pulmonar em segmento posterior do lobo superior direito.
- Áreas de atenuação pulmonar em "vidro fosco" com predomínio em lobos inferiores.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais tem calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Fratura do 5º ao 8º arcos costais à direita, com leve desalinhamento.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura do 5º ao 8º arcos costais à direita, com leve desalinhamento.
2. Contusões pulmonares bilaterais com predomínio à direita.
3. Não há hemo ou pneumotórax.



Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



Ao retornar para realizar novo exame, trazer sempre o anterior.

CNPJ/MF - 05.268.528/0002-51

Rua Caetano da Paixão Cearense, s/n - Triângulo - CEP 83.041-162 - Juazeiro do Norte - CE - Telefone: (88) 3566-3600

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

DIGITADOR: TAYDES

HORA: 19:10

NOME: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 126334

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1981

SOLICITANTE: Dr. NAESIO COSTA

SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA

ENFERMARIA/LEITO: OBS. INTERMEDIÁRIA 2/ 02

DATA DO EXAME: 06/12/2015

DATA DO LAUDO: 06/12/2015

EXAME: ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL FOCADA NO TRAUMA-FAST

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo, com 3,5 a 5,0 MHz, realizando-se seis cortes padrão, descritos abaixo:

Corte longitudinal do QSD: Lobo direito hepático íntegro, rim direito de contornos regulares e padrão corticomedular preservado, espaço de Morrison sem líquido livre.

Corte longitudinal do QSE: Baço de contornos regulares e ecotextura característica; rim esquerdo preservado. Ausência de líquido livre no espaço espleno renal.

Corte transversal sub-xifóide: Lobo hepático esquerdo de contornos regulares sem alterações texturais, região pericárdica de aspecto ecográfico normal, não se visualizando derrame.

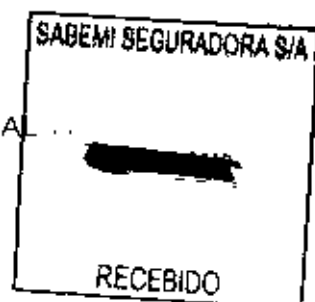
Corte transversal suprapúbico: Bexiga plena e de conteúdo anecoico homogêneo, não sendo observado fluido livre no recesso retrovesical.

Corte longitudinal da base torácica direita: Ausência de derrame pleural, observando-se deslizamento entre as superfícies parietal e visceral da pleura com presença de artefato em cauda de cometa (linhas B).

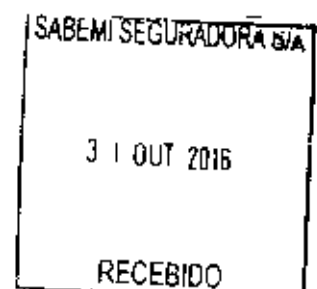
Corte longitudinal da base torácica esquerda: Achados ecográficos semelhantes aos da base contralateral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NAS CAVIDADES TORÁCICA E ABDOMINAL



Dr. José H. Germano Correia
 Médico Ecografista CRM 4133
 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



NOME: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 126334

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1981

SOLICITANTE: Dr. MARIO GUSTAVO LUCIO ALBUQUERQUE DA NOBREGA

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

ENFERMARIA/LEITO: INTERM III/ 02

DATA DO EXAME: 07/12/2015

DATA DO LAUDO: 07/12/2015

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:

Controle pós TCE

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, SEM a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

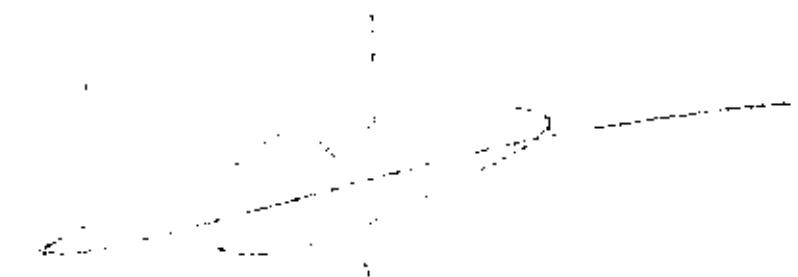
ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontal.
- Fratura com afundamento de 3.0 mm do osso frontal (paramediano à esquerda).
- Fratura do assoalho da órbita direita com infradesnívelamento de 4.2 mm.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.

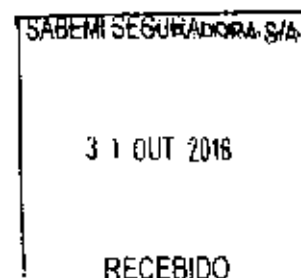
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas craniofaciais com envolvimento orbitário à direita (vide descrição detalhada e reconstruções 3D);
2. Hemossínus.

Obs: A correlação com o estudo tomográfico anterior, realizado em 05.12.2015, evidencia resolução "tomográfica" da hemorragia subaracnoidea.



Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA Prontuário: 126334 Admissão: 22/12/2015
Data Nasc.: 17/03/1981 Idade: 34 ano(s) 9 mes(es) e 5 dia(s) Sexo: Masculino RG: 373773663
Mãe: FRANCISCA DE ARAUJO SOUSA Telefone: (88) 992193851
Endereço: SERRA DO SALITRE Bairro: ZONA RURAL CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 303509
Destino Interno: ALTA AMBULATORIAL

HDA/Exame Físico:

ATENDIDO NA EMERGENCIA NO DIA 05/12 EM VIRTUDE DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE, TRAUMA TORACICO E TRAUMA DE FACE.

ELACIONADO A CONDICAO FACIAL O MESMO EVOLUI COM BOA ABERTURA BUCAL, ACUIDADE VISUAL ALTERADA, MOE PRESERVADOS. MAXILA E MANDIBULA FIRMES.

TC DE CRANIO REVELA FT DE FRONTAL E ZIGOMATICO, SEM DESLOCAMENTO, BEM COMO O TCE ASSOCIADO. SEM INDICAÇÃO DE ABORADGEM CIRURGICA.

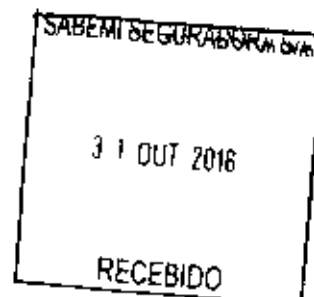
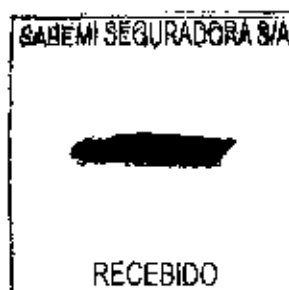
GENITORA RELATA EPISODIOS DE AMNESIA E CONFUSAO MENTAL. O MESMO REFERE DOR EM ARCO COSTAIS. CD:1. ALTA DA BMF. ENCAMINHO AO NCR E CIRURGIAO GERAL

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Prontuário: 126334

AO OFTALMOLOGISTA

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 06/12, APRESENTANDO TRAUMA DE FACE (FT DE ZIGOMATICO A DIREITA, SEM DESLOCAMENTO) SEM INDICAÇÃO DE ABORDAGEM CIRURGICA E TCE (TTO CONSERVADOR PELA NCR). O MESMO EVOLUI COM DEFICIT DE ACUIDADE VISUAL EM OLHO DIREITO.
SOLICITO AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA.
ATT

Data: 22/12/2015

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO

RECEBIDO

SABEM SEGURADORA S/A

Data: 22/12/2015

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO

RECEBIDO

31 OUT 2016

SABEM SEGURADORA S/A

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Prontuário: 126334

AO NEUROLOGISTA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 05/12, APRESENTANDO TRAUMA DE FACE (FT DE ZIGOMÁTICO A DIREITA, SEM DESLOCAMENTO) SEM INDICAÇÃO DE ABORDAGEM CIRÚRGICA E TCE (TTO CONSERVADOR PELA NCR). O MESMO EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CONFUSÃO MENTAL, DE ACORDO COM A GENITORA, SOLICITO AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA.

ATT



Data: 22/12/2015

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO

RECEITUÁRIO MÉDICO

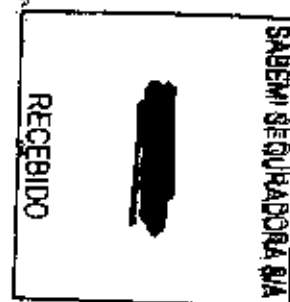
Paciente: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Prontuário: 126334

AO NEUROLOGISTA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 05/12, APRESENTANDO TRAUMA DE FACE (FT DE ZIGOMÁTICO A DIREITA, SEM DESLOCAMENTO) SEM INDICAÇÃO DE ABORDAGEM CIRÚRGICA E TCE (TTO CONSERVADOR PELA NCR). O MESMO EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CONFUSÃO MENTAL, DE ACORDO COM A GENITORA, SOLICITO AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA.

ATT



Data: 22/12/2015

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO

ESTADO DE SÃO PAULO

8110-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

POLÍCIA DIREITO



79326158

Francisco Cleildo de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

REGISTRO
GERAL

37.377.366-3

2 via

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2015

NOME

FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

FILIAÇÃO

ANTÔNIO DA MOTA DE SOUSA

FRANCISCA DE ARAUJO SOUSA

NATURALIDADE

ARARIPINA - PE

DOC ORIGEM

ARARIPINA-PE ARARIPINA CN:LV.A35 /FLS.199 /Nº07452

CPF

PIS15355308256


 Delegado de Polícia Divisão de Identificação II/REGD-SSP/SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documento de Identificação



DATA DE NASCIMENTO

17/03/1981

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

618.124.673-89

Nome

FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA

Nascimento

17/03/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A



RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

31 OUT 2016

RECEBIDO



10012



VALIDA EM TODOS TERRITORIOS NACIONAIS

REGISTRO: 4.990.437-1 DATA DE EMISSÃO: 29/12/2015

SEGURADO: MARCOS FIGUELLI

PROFISSIONAL: MARCOS FIGUELLI

PROFISSIONAL: ANTONIO FIGUELLI

DATA DE VALIDADE: 31/12/2016

3. LABEL 00517/PA

CONDIÇÃO: CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

1. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

2. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

3. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

4. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

5. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

6. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

7. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

8. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

9. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

10. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

11. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

12. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

13. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

14. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

15. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

16. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

17. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

18. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

19. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

20. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

21. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

22. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

23. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

24. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

25. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

26. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

27. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

28. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

29. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

30. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

31. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

32. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

33. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

34. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

35. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

36. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

37. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

38. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

39. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

40. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

41. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

42. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

43. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

44. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

45. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

46. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

47. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

48. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

49. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

50. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

51. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

52. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

53. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

54. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

55. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

56. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

57. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

58. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

59. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

60. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

61. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

62. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

63. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

64. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

65. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

66. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

67. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

68. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

69. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

70. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

71. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

72. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

73. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

74. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

75. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

76. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

77. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

78. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

79. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

80. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

81. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

82. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

83. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

84. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

85. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

86. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

87. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

88. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

89. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

90. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

91. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

92. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

93. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

94. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

95. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

96. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

97. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

98. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

99. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA

100. CUIABAMA, CUIABAMA DA PONTA



SABEM SEGUROSA S/A

31 OUT 2016

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012237444244

11880348609

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1	RECEBEMOS 08/09/2016	FINANC *****
----------	-------------------------	-----------------

CICERO GEFERIANO ALVES DE SOUSA

RUA SENECA DUMONT 44

PLANALTA CENTRO

ARARIPINA-PE

56280-000

077.915.465-04

PLACA
EGU2212

OTACIANO DA SILVA OLIVEIRA

PLACA ANT/OPE *****	CHASSI 9C2K0055602228125
------------------------	-----------------------------

ESPECIE TIPO
P33 MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASO

MARCA/MODELO
MONZA/MXR150 ERG 15

ANO FABR 2013 ANO MOD 2013

CAP/POV/OL
20/148CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERDE

20150147

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

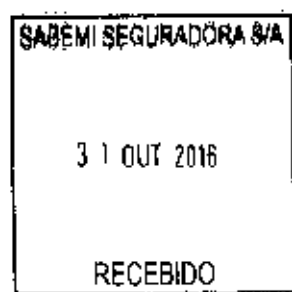
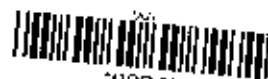
ARARIPINA-PE

DATA

14/09/16

Charles Andrews Souza Ribeiro

DIRETOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS DETRAN/PE



RECEIVED

•

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160661153 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CLEILDO DE SOUSA **Data do acidente:** 05/12/2015 **Seguradora:** GENERALI BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO TORAX ENA FACE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TÓRAX 25% FAC E 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Cleildo de Sousa
brasileiro, solteiro, gerente
 residente e domiciliado Rua Serra Malitre II, 1030 Norte
Salitre, Ceará
 CEP 63155000, portador do RG nº 37.377.366-3
 e CPF nº 618.124.673-89.

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 o(a) Sr.(a) Francisco Cleildo de Sousa, ocorrido em 05/12/15, 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**, 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.

Salitre, 07 de OUTUBRO de 2016.

Francisco Cleildo de Sousa

Outorgante (reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CPF nº

CARTÓRIO ÚNICO SALITRE - CE	Reconheço a(s) firma(s)	<u>Francisco Cleildo de Sousa</u>
	por autenticidade	<u>da verdade.</u>
	Dou fé. Em Teste.	
	Salitre (CE)	
	07 OUT. 2016	
<input type="checkbox"/>	Maria Lucia Leite Dinis (Titular)	
<input type="checkbox"/>	Lucelia Leite Dinis (Substituta)	



SABEMI SEGURADORA S/A
31 OUT 2016
RECEBIDO