

---

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180268523**

Vitima: **ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

Data do Acidente: **24/12/2017**

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 3180268523**.

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, 04 de Julho de 2018

Carta n°: 13052607

A/C: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180268523  
Vitima: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
Data do Acidente: 24/12/2017  
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: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 00000066672-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

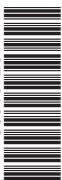
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180268523**

Vitima: **ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

Data do Acidente: **24/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS FIORELLI**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180268523**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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**



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

604 555 393-40

Nome completo da vítima

Romario de Oliveira Nascimento

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

Nome completo	Romario de Oliveira Nascimento	CPF titular da conta	604 555 393-40	Profissão	recuado
Endereço	Rua Raimundo Nonôes Milho	Número	160	Complemento	
Bairro	Vila Alta	Cidade	Crato	Estado	CE
Email	marcosfiorilli@hotmail.com	CEP	63.100-000	Telefone (DDD)	(85) 3587-1645

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

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0684 D/V 066672 CONTA NRO. 8  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

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

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

Local e Data  
S. do Norte, 22 de Maio de 2018

Local e Data

Romario de Oliveira Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**  
Via Internet Banking CAIXA

Emitente: [REDACTED]

Conta origem: [REDACTED]

Conta destino: 0684 / 013 / 00066672-8

Nome destinatário: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Valor: R\$ 5,00

Identificação da operação: GIARETTA DPVAT

Data de débito: 14/05/2018

Data/hora da operação: 14/05/2018 13:08:01

Código da operação: 00353258

Chave de segurança: YRHF96J50USD5UY005

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 414 - 116 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 01/03/2018 11:27:12  
Data / Hora da Ocorrência: 24/12/2017 11:00:00  
Endereço da Ocorrência: RODOVIA CE 292  
Complemento: ZONA RURAL  
Bairro: Município: ARARIPE/CE  
Ponto de Referência: SITIO BARREIRO DOS BATISTAS

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
Nascimento: 05/07/1997 CPF: 604.555.393-40  
RG: 2007477694-5 Orgão Emissor: SSP  
Filiação: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
SEBASTIÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO  
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFO, 180 ZONA URBANA  
Bairro: VILA ALTA  
Município: CRATO/CE  
País: BRASIL CEP:  
Telefone: (88) 9869-7975

RECEBIDO

UF: CE

12 JUN 2018

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCS3949 Uf: CE Município: CRATO Chassi:  
9C6KE1520C0078690 Renavam: 398947503 Tipo do Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K Ano  
Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:  
VERMELHA Proprietário: CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA Situação:  
NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido das penas de falsa comunicação de crime ou contravenção penal, disse que, na data do dia 24/12/2017, por volta das 11:00h, após visitar alguns parentes no Sítio Alecrim - Potengi - CE, sendo as pessoas conhecidas como TOINHA GUERRA e TONELDA GUERRA, passou a trafegar pela Rodovia CE 292 conduzindo o veículo MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125, COR VERMELHA, PLACA OCS 3949-CE, ANO/MODELO 2011/2012, RENAVAM 398947503, DOCUMENTADO EM NOME DE CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA, tendo como destino o Sítio Barreiro dos Batistas - Araripe - CE, porém, na curva daquele Sítio, acabou perdendo o controle do veículo e caindo, permanecendo desacordado até que recobrou seus sentidos no Hospital Municipal de Potengi - CE, onde deu entrada e logo após fora transferido para o Hospital Regional do Cariri em Juazeiro do Norte - CE, onde permaneceu internado por dezessete (17) dias consecutivos, devido ter sofrido fratura no fêmur da perna direita; QUE, não possui documento de habilitação - CNH - para conduzir qualquer veículo automotor, estando ciente de que, após analisado o presente Registro pela Autoridade Policial, estará sujeito responder criminalmente por infração ao Artigo 309 da Lei 9.503 /1997; QUE, estava sozinho no veículo no momento do acidente e fora socorrido pela patrulha PM, não sabendo informar se desta cidade de Araripe - CE ou de Potengi - CE. E nada mais havendo, deu-se por encerrado o presente Registro que, lido e achado conforme, segue devidamente

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARARIPE

Romário de Oliveira Nascentes

Pág. 1 de 2  
Início: 01/03/2018 11:27:12  
Fim: 01/03/2018 11:27:12  
Assinatura:   
Fed. Mariano de A. Filho  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT 13.3931-1-7 SSPDC/CE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARARIPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 414 - 116 / 2018

assinado,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARARIPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO MARIANO DE ALMEIDA FILHO - MAT.: 133931-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Romário de Oliveira vestimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

WANINI GALIZA RIZZI - MAT.: 300799-1-4



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

Romário de Oliveira Nascimento

CPF da Vítima

604.555.393-40

Data do Acidente

24/12/2017

**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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º 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.

g. do Norte, 22 de maio

Local e Data

de 2018



Romário de Oliveira Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## UNIDADE MISTA DE SAÚDE

## TRIAGEM DE ENFERMAGEM PARA URGÊNCIA

Nome: Romário de O. Nascimento	Sexo: M	Data Atendimento: 27/12/17
Endereço: Crato	Idade: 20	Data Nascimento: 05/07/97
Cartão SUS: 706 8057 1907 0121		

PA:	Peso:	HGT:	T:
P- Referindo		2- Apresentando	3- Outras Informações
( ) Cefaleia	( ) Dispneia		
( ) Dor:	( ) Hipertensão		
( ) Náuseas	( ) Hipertermia		
( ) Diarreia	( ) Sudorese Intensa		
	( ) Vômitos		
	( ) Outros		
Queixa Principal:	Paciente vítima de Acidente de trânsito		
Exame Físico:	Jair L.		
Prescrição:	Dr. Luiz Lami Rodrigues MEDICO CREMEC 3064 Médico de Família Médico de Plantão		
Cliente	Profissional de Enfermagem		
Gilberaldo	G		

ATO DECLINATÓRIO



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 00000066672-8

---

Nr. da Autenticação BB77A13400EA2750



**SOCIEDADE ANÔNIMA DE  
ÁGUA E ESGOTO DO CRATO**  
Av. Teodoroico Teles, nº 30 - Centro  
Crato - Ceará - CEP: 63.100-161  
Fone: (88) 3523-2044 - C.N.P.J.: 07.172.885/0001-55  
ouvidoria@saaecrato.com.br

**CONTA  
D'ÁGUA**

LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO RUA RAIMUNDO NOROES MILFO , 180 VILA ALTA 63100000 CRATO CE ROTA: -34-26310		MES/ANO: 12/2017 NR GUIA: 171232797 CATEGORIA/QUANTIDADE		
PROCESSO: 032797- 3	OD. LEITURISTA: 9	1-RES;		
DESCRICAÇÃO	VALOR			
Tarifa de Água	83,44			
MULTA REF. JUL/17-	1,80			
MORA REF. JUL/17-	3,77			
PIS	1,38			
CONFINS	6,34			
DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR	
05/12/2017	05/01/2018	19/01/2018	R\$ 89,01	
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONS. FATURADO	MÉDIA
2523	2559	36	36	37
NR DO HIDROMETRO		VÁZAO	DIA.METRO	DATA DE INSTALAÇÃO
A10F535020		0		08/07/2011
Ocorrência:				
DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES	MENSAGEM			
MES CONSUMO DIAS MÉDIA	PREZADO CONSUMIDOR MANTENHA SUA CONTA EM DIA, EVITE SUSPENSAO NO FORNECIMENTO D'ÁGUA E INCLUSÃO NO SPC.			
Nov/2017 37 30 1,23				
Out/2017 40 30 1,33				
Set/2017 37 30 1,23				
Ago/2017 40 30 1,33	MESES EM DEBITO: OUT/17-NOV/17- CASO			
Jul/2017 38 30 1,27	O DEBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSIDERE ESTE REAVISO.			
Jun/2017 36 30 1,20				
DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIDE VERSO	PERÍODO DA ANÁLISE:			
	28/12/2017 a 26/01/2018			
PARÂMETRO	UNIDADE	VMP	TOTAL DE ANALISES REALIZADAS	VALOR MÉDIO DEBITADO
CLORO	C	1.00 a 5.00	1860	0.98
COR	UH	0.00 a 15.00	0	0.00
COLIFORMES T	CT	0.00 a 0.00	60	0.78
ESCHERICHIA	EC	0.00 a 0.00	60	0.00
FLUOR	MG/L	0.00 a 1.50	0	0.00
PH	PH	6.00 a 9.50	1860	6.80
TURBIDEZ	lt	0.00 a 5.00	60	0.78

FAVOR AUTENTICAR NO VERSO - DEVOLVER AO USUÁRIO

EMISSÃO: 05/01/2018 08:00

LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
RUA RAIMUNDO NOROES MILFO , 180  
VILA ALTA 63100000 CRATO CE  
ROTA: -34-26310

MES/ANO: 12/2017

NR GUIA:

171232797

CATEGORIA/QUANTIDADE

1-RES;

PROCESSO: 032797- 3

OD. LEITURISTA: 9

VENCIMENTO

19/01/2018

VALOR A PAGAR

R\$ 89,01

82630000000- 5 89010488032- 7 79720171200- 8 00001000000- 8





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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu **MARCOS FIORELLI**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **639.986.109-87**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Romário de Oliveira Nascimento** inscrito (a) no CPF sob o Nº **604.555.393 / 40**, do sinistro de DPVAT cobertura **Invalidez** da Vítima **Romário de Oliveira Nascimento**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **604.555.393 / 40**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

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

Juaçá de 22 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA (Falecido),  
RG nº 97029156230, data de expedição 07/12/2008,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 865 534 613-68,  
com domicílio na cidade de CRATO, no Estado de  
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA MARIO TEIXEIRA MONTES - SEMINÁRIO, nº 56,  
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 Romário de Oliveira Nascimento, cujo condutor era  
Romário de Oliveira Nascimento.

Veículo: YAM121/Factor YBR 125K

Modelo: YAM121/Factor YBR 125K

Ano: 2011 / 2012

Placa: OCS 3949

Chassi: 9C6KE1520C0078690

Data do Acidente: 24.12.2017

Local e Data: Crato-CE, 01 DE MARÇO 2018.



### Assinatura do Declarante

Romário de Oliveira Nascimento

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



**CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO DE ARARIPE – ESTADO DO CEARÁ**  
JOSE HUMBERTO DE ALencar – Tabelião / JOSE HUMBERTO DE ALencar FILHO – Escrivão Substituto  
CNPJ/MF nº 08799.257/0001-29 / CNPJ: 01.315.0-8 / Endereço: Nossa Senhora das Graças, nº 288 – Centro – CEP 63170-000 – Araripe – CE – Tel.: (085) 3820-1128

Reconheço por autenticidade a firma indicada de

Romário de Oliveira Nascimento  
que confere c/ o padrão req. nessa serventia. Dou fé.  
Araripe, 1 de março de 2018.

Em testemunha: Jhenny Temótio dos Santos, verdade,  
Jhenny Temótio dos Santos (Escrivente Autorizada)

Valor Total R\$ 6,20

JHENNY TEMÓTIO DOS SANTOS  
Escrivente Autorizado

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
 Pront.: 155452 Data Nasc.: 05/07/1997 Idade: 20 ano(s) 5 mes(es) e 19 dia(s) Admissão: 24/12/2017 15:49  
 Mãe: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
 Sexo: Masculino RG: CRATO  
 CEP 63113-000 Bairro: MURITI Tel.: 88 99202-0714  
 Endereço: RUA TOME CABRAL Num: 02

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador ROSA MARIA GRANGEIRO MARTINS Horário 24/12/2017 15:52  
 Queixa: PACIENTE COM DOR EM MID. RELATA ACIDENTE DE TRÂNSITO HOJE.  
 Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
 Discriminador: DOR MODERADA

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: PAULO JOSE DE MACEDO FILHO CRM: 6 Nº: 404102 Horário 24/12/2017 17:19  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II  
 Hipótese Diagnóstico: DOR ARTICULAR  
 Comorbidade:  
 HDA/Exame Físico:  
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTO HÁ 7H. EVOLUINDO COM CEFALEIA E DOR EM COXA DIREITA.  
 EF: FRANKEL:E GLASGOW:15  
 MID: COM FERIMENTOS SUPERFICIAIS, COM DOR A PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.  
 CD: RX DA BACIA, FÉMUR DIREITO E TÓRAX

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Pronto-Atendente	Situação
RX TORAX AP LORDOTICA (0204030129)	24/12/2017 17:25	Não	Pendente
RX FEMUR D AP/P (0204060117)	24/12/2017 17:25	Não	Pendente
RX FEMUR AP/P ( OSSOS LONGOS ) (0204060117)	24/12/2017 17:25	Não	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	24/12/2017 17:25	Não	Pendente



Dr. Paulo José de Macedo Filho  
CREMEC:14.884

PREScrição

Médico:

Prescrição

Horário:

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

Dr. Paulo José de Mamede Filho  
CREMEC 14.804



## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 24/12/17 23:43

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Frontário: 155452

Clinica: CENTRÔ CIRURGICO

Cirurgião: MARCELO NOGUEIRA LIMA

1º Auxiliar:

Enfermeiro: OLIDIANNE MARIA BEZERRA FERREIRA

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 05/07/1997

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01A

Anestesiologia: \*\* Não Informado \*\*

2º Auxiliar:

Circulante:

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Ventos e Incidentes:

Anestesia I Ocorrências Principais:

X

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------	--------------------	----------

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM SALA CIRURGICA AMBULATORIAL

NAO REALIZADO TRAÇÃO ESQUELETICA POIS NAO HAVIA FERULA DISPONIVEL NO HOSPITAL IMPOSSIBILITANDO A MONTAGEM DA TRAÇÃO  
ESQUELETICA ( COMUNICADO A ENFERMEIRA OLIDIANE E AO SUPERVISOR DO NAC GEORGE)  
SOLICITADO CONFECÇÃO DE TALA GESSADA INGUINO PODALICA A DIREITA

Dr. Marcelo Nogueira Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 16.743 / CRM-PE 23.779

Data 24/12/17

Assinatura Cirurgião I CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## Relatório de Cirurgia

Data da Conclusão: 08/01/18 00:15

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
Prontuário: 155452  
Clínica: CENTRO CIRURGICO  
Cirurgião: IVAN NAJAS SAMMARCO  
1º Auxiliar:  
Enfermeiro: SAMARA CARTACHO MACEDO  
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 05/07/1997  
Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 02G  
Anestesiologia: \*\* Não Informado \*\*  
2º Auxiliar:  
Circulante:

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0405050616	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	S

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0405050616	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia / Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------	--------------------	----------

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS.

- 1) PACIENTE EM MESA ORTOPEDICA DE TRAÇÃO DOB RAQUIANESTESIA
- 2) REALIZADO ASSEPSIA ANTISSEPSIA E COLOCADO CAMPOS ESTEREIS
- 3) REALIZADO INCISAO LATERAL NA COXA D EM TOPOGRAFIA DE FRATURA , DISSECADO POR PLANOS E REALIZADO REDUÇAO CRUENTA DO FOCO
- 4) REALIZADO INCISAO LATERAL EM REGIAO PROXIMAL DA COXA E DISSECADO POR PLANOS ATÉ TROCANTER MAIOR
- 5) REALIZADO ORIFÍCIO DE ENTRADA DA HIM E PASSADO FIO GUIA MANTENDO REDUÇAO DA FRATURA
- 6) PASSADO HIM 10X380 FIXANDO A FRATURA, COM 2 BLOQUEIOS PRÓXIMAS E 2 DISTAIS A FRATURA + PARAFUSO TAMPAO
- 7) RESULTADO SATISFATORIO NA RADIOSCOPIA
- 8) LIMPEZA ABUNDANTE
- 9) FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL
- 10) AC ANESTESIOLOGISTA

Dr. Ivan Nañas Sammarco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 145766 / TECOT 13.901



Data 08/01/18

Assinatura Cirurgião I CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 30/12/17 20:31

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Prontuário: 155452

Clinica: CENTRO CIRURGICO

Cirugião: SAMIR SAMAAN FILHO

1º Auxiliar:

Enfermeiro: IRATYENNE MAIA DA SILVA BENTES

Instrumentador:

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	S.

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

cidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relato as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Local com sedação

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1- PTE EM DDH, SOB SEDAÇÃO + BLOQUEIO LOCAL
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISAO LATERAL 1/3 PROXIMAL DA TIBIA ABAIXO DA TAT
- 4- PASSADO FIO K NA TIBIA
- 5- MONTADA TRAÇÃO COM BKG
- 6- CURATIVO ESTERIL
- 7- A/C ANESTESISTA
- 8- PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

Data 30/12/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Dr. Samir Samaan Fo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12121 / TEC 13394



Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA TOME CABRAL

Bairro: MURITI

CEP: 63113-000

Idade: 20 ano(s) 6

Prontuário: 155452

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Num: 00

Cidade: CRATO

### Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 07

Leito: 427

Internação 24/12/2017

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

### Resumo Clínico

FRATURA SUBTROCANTRÉICA D

### Exames Realizados

RX COXA

### Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE INTRAMEDULAR

### Diagnóstico

S729 - FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

### DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S729	FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA



### Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/01/2018

### Observações Complementares

RETORNO AMBULATORIAL

CURATIVO NO PSF

MOBILIZAR QUADRIL/JOELHO ATIVAMENTE

### Responsável

Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Data: 09/01/2018

Aldo Leite Moreira Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645  
TEOT 100%

Agendamento		
Dr Thiago	RX	
Data: 06/03/18	Data: 05/02/18	Data:
Hora: 13h	Hora: 13h	Hora:
Código	Código	Código



PARA: Romário da Silveira Moreira

SOLICITO:

FISIOTERAPIA ----- 30 SESSÕES

Cirilo Pazzini

HD:

Juazeiro do Norte, 09/06/

Aldo Leite Moreira Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.656  
TEOT 15.653  
Médico



CRATI

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente  
Romário da Silveira Nascimento  
esteve internado (a) no Hospital Regional do Cariri para tratamento  
cirúrgico ortopédico. Necessita de repouso por um período de 120 (cento e vinte)  
dias a contar 24/12/2017.

CID 10: S72.3

Aldo Leite Moreira Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645  
TEOT: 15.653

MÉDICO

Juazeiro do Norte – CE, 09 de dezembro de 2018

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 09/01/2018 16:59:51

Do(a) Sr(a): ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO nr: 155452

ATENDIMENTO nr: 404123

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 24/12/2017 a 09/01/2018.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CENTRO CIRURGICO	02:46	R\$ 2.739,46	R\$ 8.218,38
TRAUMATO-ORTOPEDIA I	16 dia(s)	R\$ 574,93	R\$ 9.198,88

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 17.417,26**

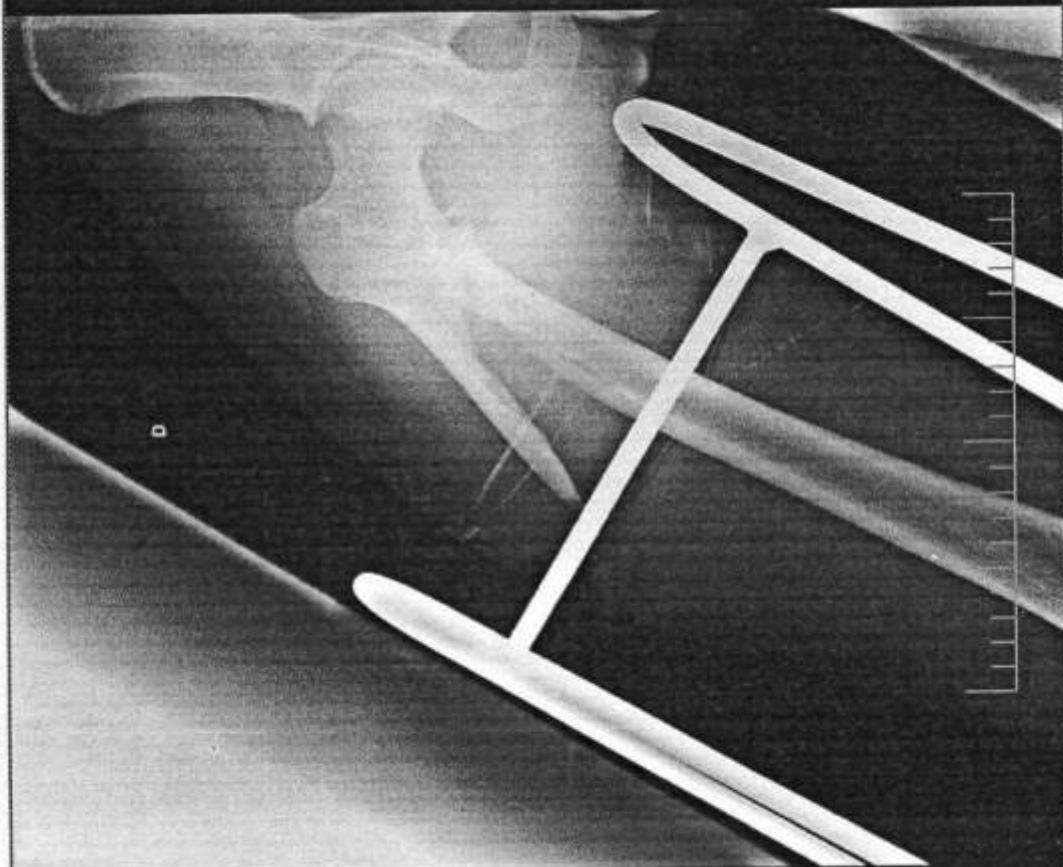
Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos  
Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,  
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

CRELITE  
Ex:  
AP  
Se: 1/3  
Im: 1/1  
JOELHO

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NACIMENTO  
1997 Jul 05 M 155452  
Acc: SRPA  
2017 Dec 30  
Acq Tm: 21:47:44.812



Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048



Ex:

AP

Se: 1/3

Im: 1/1

JOELHO

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NACIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc: SRPA

2017 Dec 30

Acq Tm: 21:47:44.812

D

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048

CRELITE

Ex:

AP

Se: 3/3

Im: 1/1

FEMUR

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NACIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc: SRPA

2017 Dec 30

Acq Tm: 21:42:56.765

D

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

NUM

**CRELITE**  
**EX:**  
**AP**  
**Se: 3/3**  
**lm: 1/1**  
**FEMUR**

Mag: 0.5x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
1997 Jul 05 M 155452  
Acc.: 2017 Dec 24  
Acq Tm: 17:40:23;921

PERFIL

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048

e-FIN Line

CRELITE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

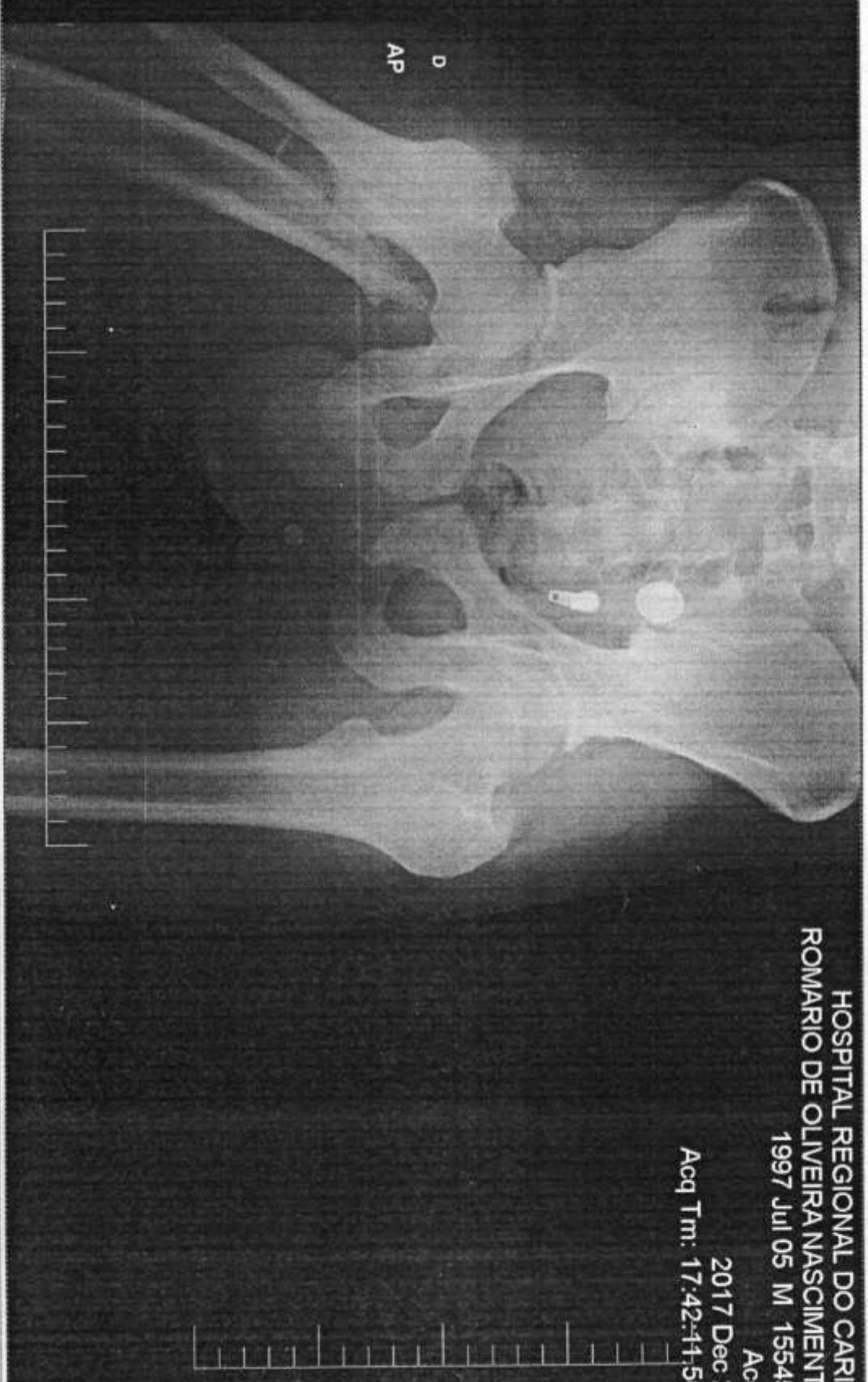
1997 Jul 05 M 155452  
Acc:

Acc:

Se: 2/3  
lm: 1/1

ANCA

Mag: 0.5x



Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048

for Help  
with File

100

CRELITE

Ex:

AP

Se: 2/5

Im: 1/1

FEMUR

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc:

2018 Jan 08

Acq Tm: 11:56:42.203

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048



Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048



PARA SEGUNDA VIA

Solicito Perniciá me dê folio em decorrência  
do meu acidente que fui na ~~mais~~ <sup>direita</sup> da  
passagem circular e infelizmente fui atingido por 4 ônibus  
no final da noite.

Solicito Perniciá me dê o comprovante de saída  
do meu acidente, para receber em conformidade  
com a tabela DPVAT, pois recebo somente R\$ 2.362,50  
devido ao valor indicado na tabela DPVAT é de  
R\$ 4.725,00 no mínimo para minha lesão.  
No aguardo, obrigado - Juizado de Várzea, 20/08/2018.

Romário de Oliveira Vasconcelos

Romário de Oliveira Vasconcelos

assinatura: 3180.268.523

FONE (88) 3587-1645 (RECARO C/ marcas)

PARA SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

VITIMA: Ademar de Oliveira Marques

CPF: 604 555 393 - 40

SINISTRO: 3180 - 262 723

Prezados senhores,

Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informando como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os apresentados e que se encontram no sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do Hospital Hospital de Pernambuco - CE número do prontuário N/0, que é uma exigência desta Seguradora. Sendo assim e por acreditar não ser justo ser prejudicado por não possuir mais documentos médicos, pois não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194, de 19 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação e acerca de solicitação feita, por isso pode-se entender esses essa determinação como abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério público fraude fazer ou consultar com médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas. Portanto peço cordialmente que de continuidade no meu sinistro para que possa ser avaliado por médico perito nomeado por este consórcio para que constate ou não minha debilidade.

Certo de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente,

Luzinio da Nante, 20 de Agosto de 2018.

A Luzinio da Nante assinante



REGISTRO DE NASCIMENTO  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
SEBASTIAO FRANCISCO NASCIMENTO  
LUCINIA DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
ASSARE - CE  
DOC. ORIGINAL  
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 OFÍCIO TERMO: 51116 FOLHA: 117  
LIVRO: A 44 CADASTRO - CE  
P.: 56  
2. ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
LEI Nº 7.419 DE 29/06/83  
P.: 56



SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

CRELITE

Ex:

AP

Se: 1/3

Im: 1/1

JOELHO

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NACIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc: SRPA

2017 Dec 30

Acq Tm: 21:47 44.812

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

CRELITE

Ex:

AP

Se: 2/5

Im: 1/1

FEMUR

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc:

2018 Jan 08

Acq Tm: 11:56:42.203

D

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

CRELITE

Ex:

AP

Se: 1/5

Im: 1/1

ANCA

Mag: 0.4x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

1997 Jul 05 M 155452

Acc:

2013 Jan 08

Acq Tm: 11:55:33.640

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:4096 L:2048

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA TOME CABRAL

Idade: 20 ano(s) 6

Prontuário: 155452

Bairro: MURITI

UF:CEARÁ

Sexo: Masculino

CEP: 63113-000

Num: 00

Cidade: CRATO

### Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 07

Leito: 427

Internação 24/12/2017

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

### Resumo Clínico

FRATURA SUBTROCANTÉRICA D

### Exames Realizados

RX COXA

### Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE INTRAMEDULAR

### Diagnóstico

S729 - FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

### DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S729	FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

### Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/01/2018

### Observações Complementares

RETORNO AMBULATORIAL

CURATIVO NO PSF

MOBILIZAR QUADRIL/JOELHO ATIVAMENTE

### Responsável

Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Data: 09/01/2018

Aldo Leite Moreira Neto  
Traumato - Ortopedista  
CRM-PE 21073 / CRM-CE 13.645  
TEOT 15653

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA TOME CABRAL

Idade: 20 ano(s) 6

Prontuário: 155452

Bairro: MURITI

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

CEP: 63113-000

Num: 00

Cidade: CRATO

### Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 07

Leito: 427

Internação 24/12/2017

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

### Resumo Clínico

FRATURA SUBTROCANTÉRICA D

### Exames Realizados

RX COXA

### Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE INTRAMEDULAR

### Diagnóstico

S729 - FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

### DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S729	FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA

### Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/01/2018

### Observações Complementares

RETORNO AMBULATORIAL

CURATIVO NO PSF

MOBILIZAR QUADRIL/JOELHO ATIVAMENTE

### Responsável

Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Data: 09/01/2018

Aldo Leite Moreira Neto  
 Traumato - Ortopedista  
 CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645  
 TEOT 11-322

Agendamento		
Mr Thiago.	fx	
Data: 06/03/18	Data: 05/02/18	Data:
Hora: 13h	Hora: 13h	Hora:
Código	Código	Código

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 09/01/2018 16:59:51

Do(a) Sr(a): ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO nr: 155452

ATENDIMENTO nr: 404123

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 24/12/2017 a 09/01/2018.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CENTRO CIRURGICO	02:46	R\$ 2.739,46	R\$ 8.218,38
TRAUMATO-ORTOPEDIA I	16 dia(s)	R\$ 574,93	R\$ 9.198,88

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 17.417,26**

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos  
Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,  
**HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC**

SABEMI SEGURADORA S/A

30 AGO 2018

RECEBIDO

## Relatório de Cirurgia

Data da Condução: 06/01/18 00:15

Paciente: RÔMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Prontuário: 155452

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO

Cirurgião: IVAN NAJAS SANMARCO

1º Auxiliar:

Enfermeiro: SAMARA CARTACHO MACEDO

Instrumentador:

### Procedimentos Propostos

Código: 0405050610 Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUSTROCANTERIANA

### Procedimentos Realizados

Código: 0405050616 Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUSTROCANTERIANA

Di, Nascimento: 06/07/1927

Enfermeira: Sala Cirúrgica Lete: 02G

Anestesiologia: "Não Informado" 2º Auxiliar:

Cirurgião: Circularizar

Principal:  
S

Principal:  
S

Diagnóstico pré-operatório:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumentais:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia / Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Nível de Contaminação: Limpa

Tipo de Anestesia: Bloqueio

### Descrição da Operação

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VISCERAS

- 1) PACIENTE EM MESA ORTOPÉDICA DE TRAÇÃO DOS RAQUIANESTÉSIA
- 2) REALIZADO ASSEPSIA ANTISSEPSIA E COLOCADO CAMPOS ESTEREIS
- 3) REALIZADO INCISAO LATERAL NA COXA D EM TOPOGRAFIA DE FRATURA , DISSECADO POR PLANOS E REALIZADO REDUÇÃO CHUENTA DO FIOO
- 4) REALIZADO INCISAO LATERAL EM REGIAO PROXIMAL DA COXA E DISSECADO POR PLANOS ATÉ TROCANTER MAIOR
- 5) REALIZADO ORIFÍCIO DE ENTRADA DA HIM E PASSADO FIO GUIA MANTENDO REDUÇÃO DA FRATURA
- 6) PASSADO HIM 10X300 FIXANDO A FRATURA, COM 2 BLOQUEIOS PRÓXIMAS E 2 DISTAIS A FRATURA + PARAFUSO TAMPÃO
- 7) RESULTADO SATISFAATORIO NA RADIOSCOPIA
- 8) LIMPEZA ABUNDANTE.
- 9) FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO ESTERIL
- 10) AC ANESTESIOLOGISTA

Dr. Ivan Nájas Sanmarco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 145.266 / TECIT 13.081

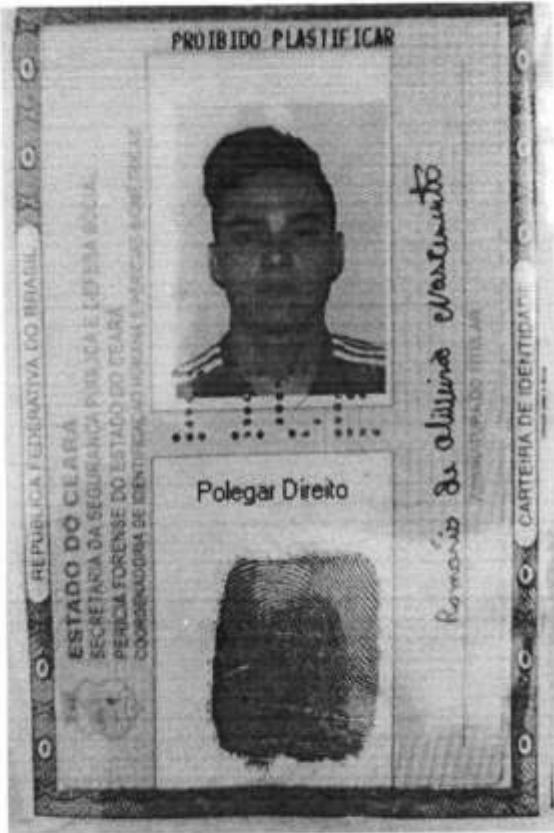
Data: 08/01/18

Assinatura Cirurgião I CREMEC

Rua Catão da Paixão Cearense, S/n, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.





**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

INTERPARA LTDA

NOME <b>MARCOS FIORELLI</b>		DOC. IDENTIFICADOR / ORG. EMISSOR UF 49904371 SSP PR		
		CPF <b>639.986.109-87</b>	DATA NASCIMENTO <b>14/11/1970</b>	
		INSCRIÇÃO <b>REMÍDIO FIORELLI</b>		
		<b>ONILDA FIORELLI</b>		
		PERMISÃO	AC/C	CAT/AB
Nº REGISTRO	00007487908	VALIDADE	02/12/2015	1ª HABILITAÇÃO
<b>SEM OBSERVAÇÃO:</b>				
<i>[Signature]</i>				
ASSINATURA DO PORTADOR				
LOCAL	JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO		03/12/2014
<i>[Signature]</i> JOSE VASCONCELOS PONTE		ASSINATURA DO EMISSOR		
<b>DET/RM-CE (CEARA)</b>				

PROIBIDO PLASTIFICAR

951291981

951291981



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

<b>DETAN - CE</b>				Nº 013869310684
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>				
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO	
PPT	01 00398947503	0000000000	2017	
NOME CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA ***** ***** CRATO /CE				
CPF / CNPJ 86553461368		PLACA 0CS3949/CE		
PLACA ANT / UF /CE		CHASSI 906KE1520L00078690		
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/HAB APL TOC		COMBUSTIVEL GASOLINA		
MARA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K		ANO FAB 2011	ANO MOD 2012	
CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA ÚNICA *****		VENC. COTA ÚNICA *** / *** / ***	VENC. / QTDAS 1º ***** 2º ***** 3º *****	
FAIXA IPVA *****		PARCELAMENTO / COTAS *****		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADOR		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO *****	
OBSERVAÇÕES *****				
LOCAL CRATO				
DATA 07/12/2017				
Assinatura de Igoor Ponte, Superintendente do DETRAN/CE				

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMÓTORIES DE VIÀ TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013869310684 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ 86553461368	PLACA 0CS3949
01		
RENAVAM 00398947503	MARA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125	NO CHASSI 906KE1520L00078690
ANO FAB 2011	QTD TARE 09	
FNS (R\$) 81,29	DENATRAN (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOP (R\$) 0,7	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,5
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		
DATA DE QUITAÇÃO 06/12/2017		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.248.608/0001-04

MOTOR: E369E-078706

016



SABEMI SEGURADORA S/A  
72 JUN 2018  
RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 3889 / 2017

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **HOMICIDIO DOLOSO**

Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 22:32:33**

Data / Hora da Ocorrência: **24/05/2017 20:00:00**

Endereço da Ocorrência: **TRAVESSA NOVA OLINDA**

Complemento:

Bairro: **SEMINÁRIO**

Município: **CRATO/CE**

Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA**

Nascimento: **14/04/1980** CPF: **865.534.613-68**

RG: **97029156230** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**

**RAIMUNDO COSTA DA SILVA**

Endereço: **RUA MARIO TEIXEIRA MENDES, 56**

Bairro: **SEMINARIO**

CEP:

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99452-7972**

### Noticiante(s)

Nome: **LUIZ DE MORAIS NETO**

Nascimento: **10/02/1967** CPF:

RG: **96029503927**

Orgão Emissor:

Filiação: **FRANCISCA MENDES DE MORAIS**

**ANTONIO ALVES DE MORAIS**

Endereço: **RUA 25 DE DEZEMBRO, 4**

Bairro: **SEMINÁRIO**

CEP:

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:



### Histórico

Advertido das penalidades legais previstas nos arts. 340 e 342 do CPB, afirma que soube por intermédio de uma ligação que a o primo de sua esposa, o sr. CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA, havia sido vítima do crime de homicídio à tiros, não sabendo precisar a quantidade; Que o sr. Carlos Luiz era o proprietário do bar; Que não sabe informar se o mesmo era envolvido com algum tipo de delito ou más companhias e nem se o mesmo tinha ou não inimigos ou havia sido ameaçado de morte; Que a vítima morreu no local; Que não foi até o local do crime; Nada mais, encerro o presente.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**MARIA JOSSAMY FARIA - MAT.: 300615-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**FLÁVIO SANTOS DA SILVA - MAT.: 013324-1-4**



## Declaração

Eu Romário de Oliveira Nascimento, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 24/12/17, fui socorrido por populares levado ao hospital:

Hospital municipal de Potengi

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 . 22/05/18.

Romário de Oliveira Nascimento



**PARA SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**

VITIMA: Romário de Oliveira Nascimento

CPF: 604.555.393-40

SINISTRO: \_\_\_\_\_

Prezados senhores,

Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informando como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os apresentados e que se encontram no sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do Hospital Municipal de Petrópolis

número do prontuário \_\_\_\_\_, que é uma exigência desta Seguradora. Sendo assim e por acreditar não ser justo ser prejudicado por não possuir mais documentos médicos, pois não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194, de 19 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação e acerca de solicitação feita, por isso pode-se entender esses essa determinação como abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério público fraude fazer ou consultar com médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas. Portanto peço cordialmente que de continuidade no meu sinistro para que possa ser avaliado por médico perito nomeado por este consórcio para que constate ou não minha debilidade.

Certo de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente,

Juazeiro do Norte, 22 de maio

de 12 JUN 2018

**RECEBIDO**

✓ Romário de Oliveira Nascimento

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180268523      **Cidade:** Araripe      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 24/12/2017      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA  
NASCIMENTO

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

**Data da análise:** 26/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Bruno Barbosa Mendonca

**CRM do médico:** 52900400

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Romário de Oliveira NASCIMENTO, Brasileiro, solteiro, ESTUARME, com RG nº 2007477694-5 SSP CE e CPF sob o nº 604.555.393-40; residente na Rua Raimundo Nortes Filho nº 180, Vila Alta CRATO-CE.

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 Romário de Oliveira NASCIMENTO, ocorrido em 24 / 12 /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.

Crato-CE; 17 de maio de 2018.

Romário de Oliveira NASCIMENTO  
Outorgante (reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO DE ARARIPE – ESTADO DO CEARÁ  
JOSE HUMBERTO DE ALencar – Tabelião / JOSE HUMBERTO DE ALencar FILHO – Escrivão Substituto  
CRJUINF Nº 05705.357/0001-09 / CNIS: 01.816-0 / R. Antônio Nunes Alencar, nº 285 – Centro – CEP 63170-090 – Araripe – CE – Tel.: (88) 3536-1129

Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
Romário de Oliveira Nascimento  
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dado fé.  
Araripe, 1 de março de 2018.

Valor Total R\$ 6,20

Em testemunho, Jhenny Temotio dos Santos, Escrevente Autorizada.

JHENNY TEMOTIO DOS SANTOS  
Escrivente Autorizado

