

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**

Carta nº 12987618



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13052607

A/C: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180268523  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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**

Carta nº 13314779



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

Romário de Oliveira Nascimento

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

Nome completo Romário de Oliveira Nascimento		CPF titular da conta 604.555.393-40	Profissão recusou
Endereço Rua Raimundo Nonôes Milgo		Número 160	Complemento
Bairro vila Alta	Cidade Crato	Estado CE	CEP 63.100-000
Email marcosfiorilli@hotmail.com		Telefone (DDD) (88) 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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0684 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> <b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO. 066672 D/V 8 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (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.

Crato, 22 de Maio de 2018  
Local e Data

Romário 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:	ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Conta origem:	00000000000000000000
Conta destino:	0684 / 013 / 00066672-B
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:	YRHF96J50USD5UYO05

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 DIAS UTIS





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** UF: **CE**  
Filiação: **LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**  
**SEBASTIÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO**  
Endereço: **RUA RAIMUNDO NOROES MILFO, 180 ZONA URBANA**  
Bairro: **VILA ALTA**  
Município: **CRATO/CE** CEP: \_\_\_\_\_  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9869-7975**

**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: **2011** 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 Nascimento*

Pág. 1 de 2  
Imprimido em 01/03/2018  
Ped. 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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARARIPE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 da Oliveira Costa*

VISTO DO DELEGADO(A):

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

Fco. Mariano de A. Filho  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
MAT 13.3931-1-7 SSPDC/CE





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.

f. do Norte, 22 de maio de 2018

Local e Data

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: <i>Romário de O. Nascimento</i>	Sexo: <i>M</i>	Data Atendimento: <i>24/12/17</i>
Endereço: <i>Crato</i>	Idade: <i>20</i>	Data Nascimento: <i>05/07/97</i>
Cartão SUS: <i>706 8057 5307 0121</i>		

PA: <i>Referindo</i>	Peso:	HGT:	T:
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Dispneia	3- Outras Informações	
<input type="checkbox"/> Dor:	<input type="checkbox"/> Hipertensão		
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Hipertermia		
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Sudorese Intensa		
	<input type="checkbox"/> Vômitos		
	<input type="checkbox"/> Outros		
Queixa Principal: <i>Paciente vítima de</i>			
Exame Físico: <i>Acidente de traf</i>			
Prescrição:			
Cliente	Profissional de Enfermagem	Dr. Luiz Jamil Rodrigues MÉDICO CREMEC 3064 Médico Plantonista	
<i>Aldeglidron</i>	<i>[assinatura]</i>		

ATO DECLMATÓRIO



# 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: 000000066672-8

---

Nr. da Autenticação BB77A13400EA2750

**SOCIEDADE ANÔNIMA DE  
ÁGUA E ESGOTO DO CRATO**

Av. Teodorico 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**

<b>LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO</b>				MES/ANO: 12/2017	
RUA RAIMUNDO NOROES MILFO 180				NR. GUIA: 171232797	
VILA ALTA 63100000 CRATO CE				CATEGORIA/QUANTIDADE	
ROTA: -34-26310				1-RES;	
PROCESSO: 032797-3				COD. LEITURISTA: 9	
<b>DESCRICAO</b>				<b>VALOR</b>	
Tarifa de Agua				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	
05/12/2017		05/01/2018		19/01/2018	
LEITURA ANTERIOR		LEITURA ATUAL		VALOR A PAGAR	
2523 m3		2559 m3		R\$ 89,01	
CONSUMO REAL		CONS. FATURADO		MEDIA	
36 m3		36 m3		37 m3	
NR DO HIIDROMETRO		VAZAO		DIAMETRO	
A10F535020		0 m3		08/07/2011	
OCCORRENCIA:					
DADOS DOS ULTIMOS 6 MESES					
MENSAGEM:					
PREZADO CONSUMIDOR MANTENHA SUA CONTA EM DIA, EVITE SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO D'ÁGUA E INCLUSÃO NO SPC.					
MESES EM DEBITO: OUT/17-NOV/17- CASO O DEBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSIDERE ESTE REAVISO.					
DETALHES SOBRE A LEGISLAÇÃO VIDE VERSO					
PERIODO DA ANALISE: 28/12/2017 a 26/01/2018					
PARAMETRO		UNIDADE		VALOR MEDIO	
CLORO		C		1.00 a 5.00	
COR		UH		0.00 a 15.00	
COLIFORMES T		CT		0.00 a 0.00	
ESCHERICHIA		EC		0.00 a 0.00	
FLUOR		MG/L		0.00 a 1.50	
PH		PH		6.00 a 9.50	
TURBIDEZ		ut		0.00 a 5.00	



PARA AUTENTICAR NO VERSO - DEVOLVER AO USUARIO

ENTREGA: 05/01/2018 08:40

<b>LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO</b>				MES/ANO: 12/2017	
RUA RAIMUNDO NOROES MILFO, 180				NR. GUIA: 171232797	
VILA ALTA 63100000 CRATO CE				CATEGORIA/QUANTIDADE	
ROTA: -34-26310				1-RES;	
PROCESSO: 032797-3				COD. LEITURISTA: 9	
VENCIMENTO				VALOR A PAGAR	
19/01/2018				R\$ 89,01	

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



5317138-1

Nota: a partir de 01/01/2018, a tarifa de energia elétrica será reajustada em 10%.

10/03/2018  
Companhia Energética de São Paulo  
SUA FIDELIDADE É O NOSSO CUIDADO  
ECONOMIA DE ENERGIA É O NOSSO CUIDADO  
ECONOMIA DE ENERGIA É O NOSSO CUIDADO

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (TARIFA B-4) 2\*

517819569

Rota 13 13000 10 247000 - 2

Data da Contagem

20/03/2018

Nome MARCOS FIORELLI

End. Postal

RUA DA CONCEIÇÃO 00549 SL 304

Medidor

CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE - 03010222

Classe

23626228

0000 0000

Razão / CFP / CNPJ

03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL, MONOFÁSICO

Nome do Responsável

639986100-87

## DATAS

Data de

Data de

Período

## ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Sua qualidade de fornecimento

Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Mar/2018 20/03/2018 18/04/2018

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Índice de Qualidade de JUAZEIRO DO NORTE

Mar/2018 20/03/2018 18/04/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

113,98

17,09%

19,87

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

113,98 17,09% 19,87

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Linha Atual

Linha Anterior

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

R\$

113,98

17,09%

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

19,87

20/03/18

18/04/18

29 DIA

165

165

165

165

165

165

165

165

165

165

165

VALOR CONSUMO DO MES

113,98

MULTA MORATORIA REF 02/2018

2,16

JUROS DO MES

1,92

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

38,63

27/03/2018

156,69

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	113,98
Multa Moratória	2,16
Juros	1,92
Iluminação Pública	38,63
TOTAL	156,69

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Mar/2018	165
Abr/2018	156
Mai/2018	156
Jun/2018	156
Jul/2018	156
Ago/2018	156
Sep/2018	156
Out/2018	156
Nov/2018	156
Dez/2018	156
Jan/2019	156

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Consumo consciente em kg/kWh



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/BIBLIOTECABWEB/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:

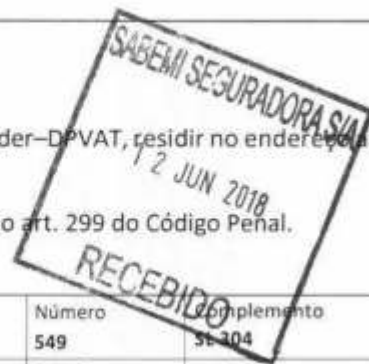
☐ Declaro Profissão: recusou Renda: recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <b>RUA DA CONCEIÇÃO</b>		Número <b>549</b>	Complemento <b>ST 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>



Juaazeiro do Norte 22 de maio de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
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 865534613-68,  
com domicílio na cidade de CRATO, no Estado de  
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA MARCO TEIXEIRA MENDES - 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: YAMAHA / Factor 4BR 125K  
Modelo: YAMAHA / Factor 4BR 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 vítima reclamante do sinistro)



**CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO DE ARARIPE - ESTADO DO CEARÁ**

JOSE HUMBERTO DE ALENCAR - Tabelião / JOSE HUMBERTO DE ALENCAR FILHO - Escrevente Substituto  
CPF/IMP Nº 05796.2570001-09 / CNJ: 01.915-0 / S. Antônio Nogueira Alegria, Nº 285 - Centro - CEP 83775-000 - Araripe - CE - Tel.: (86) 3530-1128

Reconheço por autenticidade a firma indicada de

Romário de Oliveira Nascimento

que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé,  
Araripe, 1 de março de 2018.

Em testemunho da verdade,  
Jheny Temótio dos Santos (Escrevente Autorizada)

Valor Total R\$ 6,20

JHENNY TEMÓTIO DOS SANTOS  
Escrevente 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:

Município: 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 CEFALÉIA 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, FÊMUR DIREITO E TÓRAX

### EXAME

SABEMI SEGURADORA S/A  
12 JUN 2018  
RECEBIDO

Nome	Data Solicitação	Urgente	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:34.804

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.



## PRESCRIÇÃO

Médico:

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

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

\_\_\_\_\_

*Dr. Paulo José de Macedo Filho*  
CREMEC-14.804



## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 24/12/17 23:43

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Frontuário: 155452

Clínica: CENTRO 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:

Fontes e Incidentes:

Anestesia | 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 CONFECCÃO DE TALA GESSADA INGUINO PODALICA A DIREITA

Data

24/12/17

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



Assinatura Cirurgião | CREMEC

## Relatório de Cirurgia

Data de 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:

Complicâncias e Incidentes:

Anestesia / Ocorrências Principais:

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

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

Dr. Ivan Najas Sammarco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 145.768 / TEST 13.981



Data

08/01/18

Assinatura Cirurgião | 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

Cirurgião: SAMIR SAMAAH FILHO

1º Auxiliar:

Enfermeiro: IRATYENNE MAIA DA SILVA BENTES

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 05/07/1997

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 03G

Anestesiologia: RAFAEL GOMES DE LIMA CRUZ

2º Auxiliar:

Circulante:

### 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:

Eventos e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

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

### DESCRIÇÃO 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 + ANTISSEPÇÃO E CAMPOS ESTERIS
- 3- INCISAO LATERAL 1/3 PROXIMAL DA TIBIA ABAIXO DA TAT
- 4- PASSADO FIO K NA TIBIA
- 5- MONTADA TRACAO COM 8KG
- 6- CURATIVO ESTERIL
- 7- A/C ANESTESISTA
- 8- PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS



Data

30/12/17

Assinatura Cirurgião | 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 MÉDICO

<b>Paciente:</b> ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO	<b>Idade:</b> 20 ano(s) 6	<b>Prontuário:</b> 155452
<b>Endereço:</b> RUA TOME CABRAL	<b>UF:</b> CEARÁ	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Bairro:</b> MURITI	<b>Num:</b> 00	<b>Cidade:</b> CRATO
<b>CEP:</b> 63113-000		

<b>Localização</b>		
<b>Clinica:</b> TRAUMATO-	<b>Enfermaria:</b> 07	<b>Leito:</b> 427
<b>Internação:</b> 24/12/2017	16:29	<b>Alta:</b> * 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

### 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  
TEOF-10.362

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

PARA: Romário da Oliveira Nascimento

SOLICITO:

FISIOTERAPIA ----- 30 SESSÕES

Chagas Paszun

HD:

Juazeiro do Norte, 09/06/18

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



CPAIO

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente  
Romário da Oliveira 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 Janeiro 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:

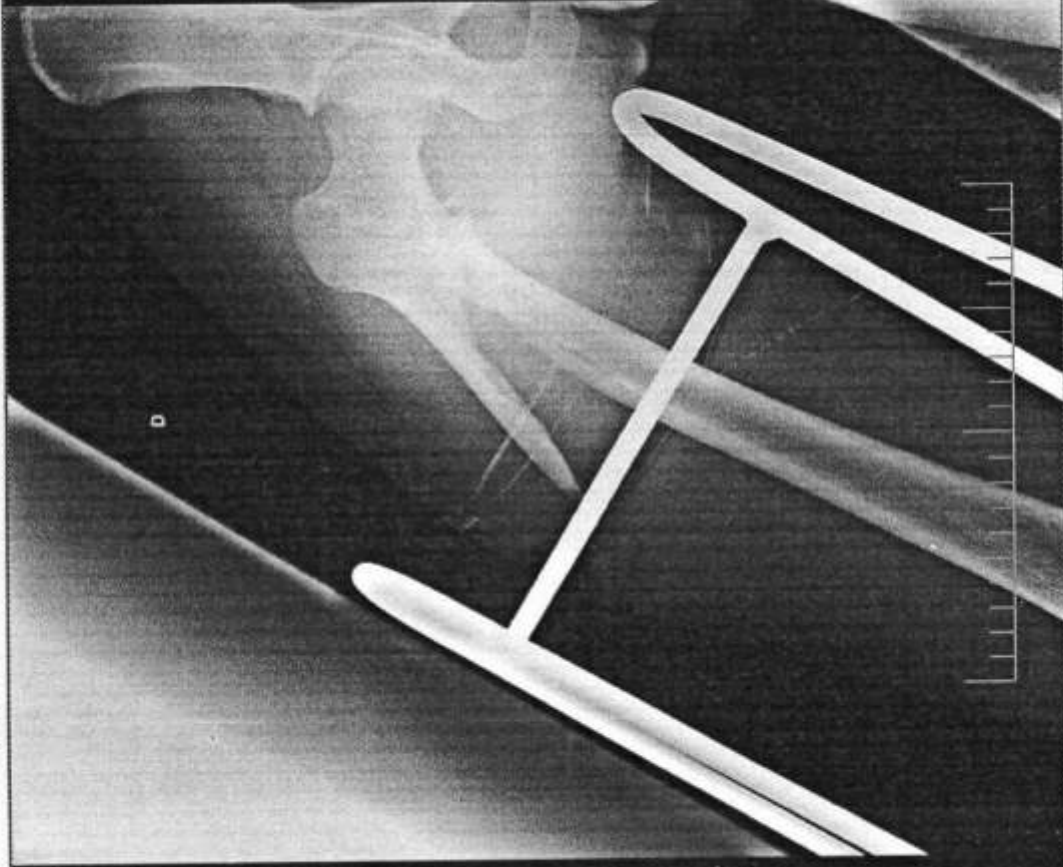
AP

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

For Help, press F1



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

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



Acc: 2017 Dec 24  
Acq Tm: 17:40:23.921

**CRELITE**

Ex:

AP

Se: 3/3

lm: 1/1

FEMUR

Mag: 0.5x

## PERFIL

Q

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

CRELITE

Ex:

AP

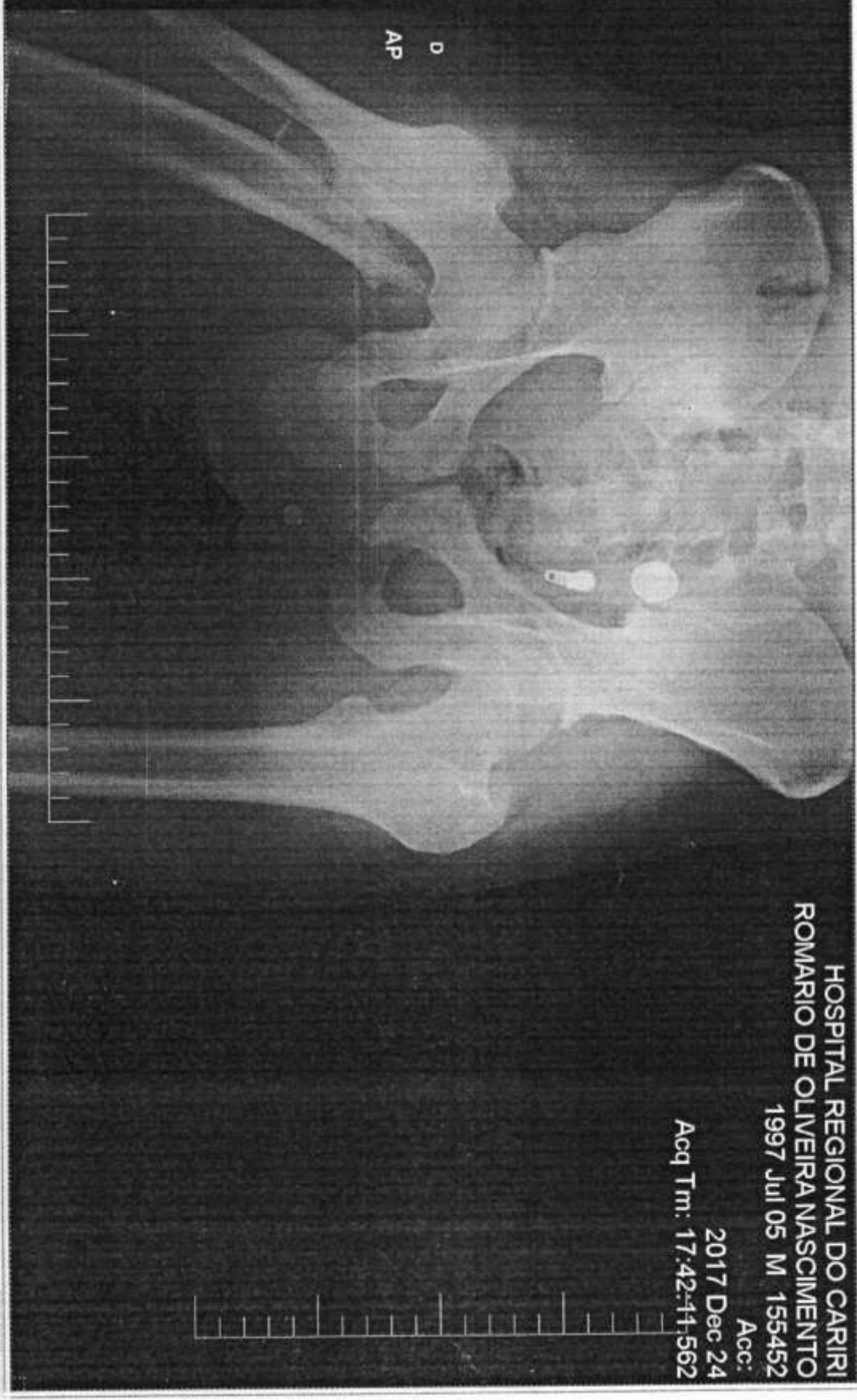
Se: 2/3

Im: 1/1

ANCA

Mag: 0.5x

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



HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO  
1997 Jul 05 M 155452

Acc:  
2017 Dec 24  
Acq Tm: 17:42:44.562

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







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

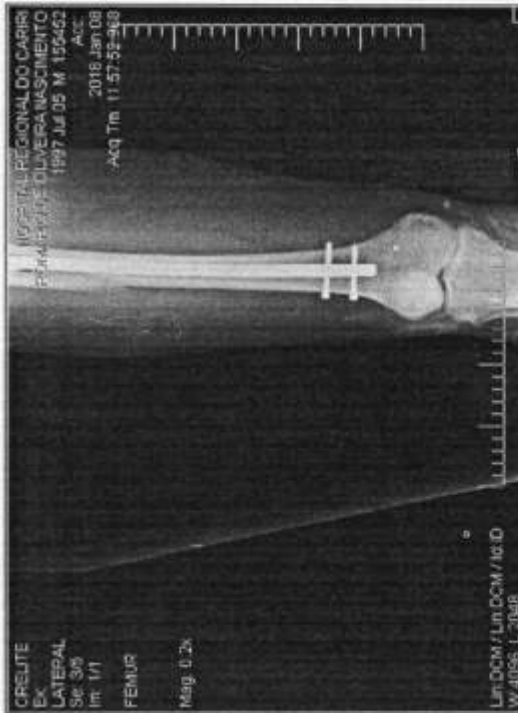
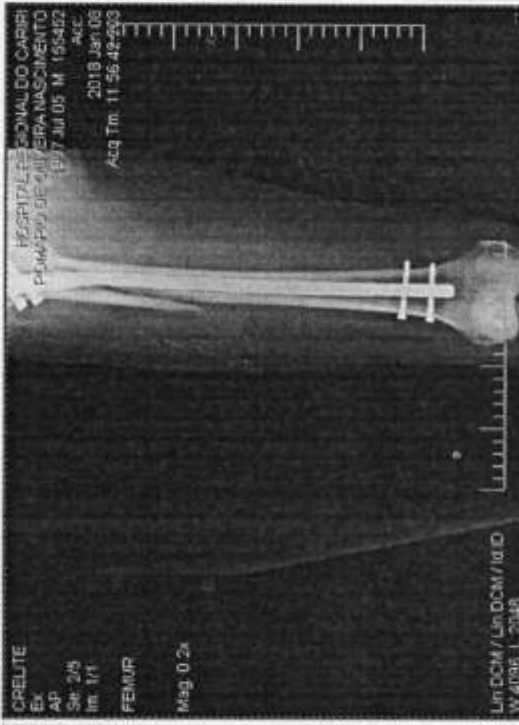
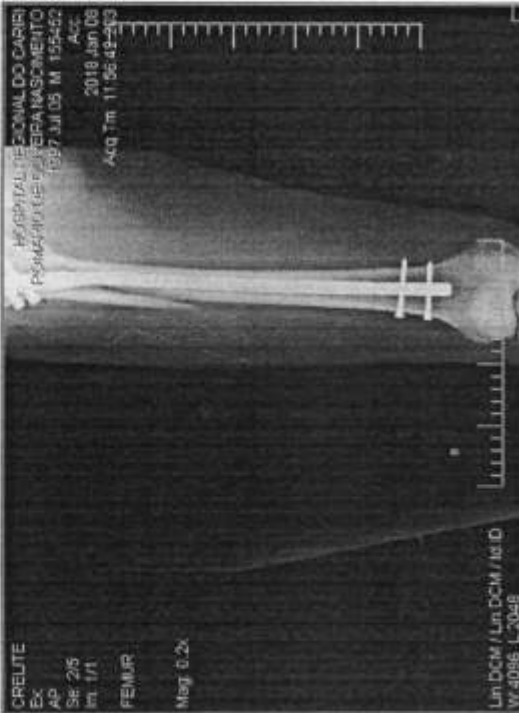
Acc:

2018 Jan 08

Acq Tm: 11:55:33.640

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





PAM SEGURANÇA LIVRE

Solicito Perícia médica pois em decorrência  
do meu acidente tive fratura na perna ~~esquerda~~  
passi por cirurgia e implante de <sup>direita</sup> platina e 4 parafusos  
no fêmur direito.

Solicito Perícia médica // continuare as segundas  
do meu acidente, para receber em conformidade  
com a tabela DPVAT, pois recebi somente R\$ 2.562,50  
enquanto que o valor indicado na tabela DPVAT é de  
R\$ 4.725,00 no mínimo para minha lesão.  
No aguardo, obrigado - João Roberto, 20/08/2018.

• Romário de Oliveira Nascimento

Romário de Oliveira Nascimento

Sinistro: 3180.268.523

FONE (88) 3587-1645 (Recado c/ mães)



PARA SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

VITIMA: Romário de Oliveira Nascimento

CPF: 604 555 393 - 40

SINISTRO: 3180 - 208 523

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 Município de Poreci - CE número do prontuário N/C, 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 n° 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,

Lateiro do Norte, 20 de Agosto de 2018.

Romário de Oliveira Nascimento

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
PERICIA E REGISTRO DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE REGISTRO CIVIL E DE VINCULACAO



Polegar Direito



*Romário de Oliveira Nascimento*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2. VII

LEI Nº 7.418 DE 29/09/83

ASSABE - CE

05/07/1997

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 OFÍCIO TERMO: 51116 FOLHA: 117

LIVRO: 4 44 CRAIO - CE

ROMÁRIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

SEBASTIÃO FRANCISCO NASCIMENTO

LOCAL: DE OLIVEIRA NASCIMENTO

2002/07/04

12/06/2018

P.: 56

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
604.555.393-40

Nome  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Nascimento  
05/07/1997

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

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:

2018 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

Bairro: MURITI

CEP: 63113-000

Idade: 20 ano(s) 6

UF: CEARÁ

Cidade: CRATO

Prontuário: 155452

Sexo: Masculino

Num: 00

### 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: 15653

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



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA TOME CABRAL

Bairro: MURITI

CEP: 63113-000

Num: 00

Idade: 20 ano(s) 6

Prontuário: 155452

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

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 15532

	Agendamento	
Dr Thiago	RX	
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 de Conclusão: 06/01/18 02:15

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

DI. Nascimento: 05/07/1997  
Esterilização: Sala Cirurgica  
Leito: 02G  
Anestesiologia: "Não informado"  
2ª Auxiliar:  
Cirurgião:

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050010	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	S

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050010	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Eventos e Incidentes:

Anestesia / Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Gravidade da 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 SOB RAQUIANESTESIA
- 2) REALIZADO ASSEPSIA ANTISÉPSIA E COLOCADO CAMPOS ESTÉREIS
- 3) REALIZADO INCISÃO LATERAL NA COXA D EM TOPOGRAFIA DE FRATURA, DISSECADO POR PLANOS E REALIZADO REDUÇÃO CIRURTA DO FOCO
- 4) REALIZADO INCISÃO LATERAL EM REGIÃO PROXIMAL DA COXA E DISSECADO POR PLANOS ATÉ TROCANTER MAIOR
- 5) REALIZADO ORIFÍCIO DE ENTRADA DA HÍM E PASSADO FIO GUIA MANTENDO REDUÇÃO DA FRATURA
- 6) PASSADO HÍM 10X360 FIXANDO A FRATURA, COM 2 BLOQUEIOS PROXIMAIS E 2 DISTAIS A FRATURA + PARAFUSO TAMPÃO
- 7) RESULTADO SATISFATORIO NA RADIOSCOPIA
- 8) LIMPEZA ABUNDANTE
- 9) FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO ESTÉRIL
- 10) AO ANESTESIOLOGISTA

Dr. Ivan Najas Sammarco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 145.266 / TRT 13.991

Data


06/01/18

Assinatura Cirurgião I CREMEC




PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E MARCAGEM BIOMÉTRICA



Polegar Direito



*Romário de Oliveira Nascimento*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2 VII

LEI Nº 7.416 DE 29/09/83

DOC. ORGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 OFÍCIO TERMO: 51116 FOLHA: 117

LIVRO: A 4A CRIATO - CE

CPF

ROMÁRIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

SEBASTIÃO FRANCISCO NASCIMENTO

LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

NAT. BRASILEIRO

ASSARÉ - CE

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1997

12/04/2018

2007477694-5

ASSINATURA DO DETENTOR

P.: 56

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
604.555.393-40

Nome  
ROMARIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Nascimento  
05/07/1997

SABEMI SEGURODORA S/A

12 JUN 2018

RECEBIDO



MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 951291981	NOME <b>MARCOS FIORELLI</b>
	
	DOC. IDENTIDADE / DRG. EMISSOR UF 49904371 SSP PR
	CPF 639.986.109-87
	DATA NASCIMENTO 14/11/1970
EDUCAÇÃO <b>REMÍDIO FIORELLI</b> <b>ONILDA FIORELLI</b>	
PERMISSÃO <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> CAT. HAA <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>	
Nº REGISTRO 00007487908	
VALIDADE 02/12/2019	
1ª HABILITAÇÃO 13/10/1989	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR	
PRIMEIRO PLASTIFICAR 951291981	LOCAL <b>JUAZEIRO DO NORTE, CE</b>
	DATA EMISSÃO 03/12/2014
	<b>Isa Vitor</b> ISOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR
21114050065 CE145051064	
<b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO</b>	





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013869310684  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PFT 01 00398947503 00000000000 2017

NOME  
CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
CRATO /CE

CPF / CNPJ 86553461368 PLACA 0CS3949/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C6KE1520C0078690

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/HAB APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* 1 \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2 \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3 \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 4,15 IQF (R\$) 0,70 CUSTO DO BILHETE (R\$) 185,5

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 07/12/2017

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*

LOCAL CRATO DATA 07/12/2017

Igor Ponte  
Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 CPF / CNPJ 86553461368 PLACA 0CS3949

RENAVAM 00398947503 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125

ANO FAB 2011 CAT TARS 09 CHASSI 9C6KE1520C0078690

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRIAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

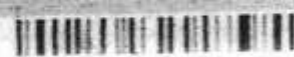
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IQF (R\$) 0,70 TOTAL A SER INSCRITO (R\$) 185,5

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO 06/12/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

MOTOR: E3B9E-07B706 016



Proprietário da moto/no documento



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3889 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **HOMICÍDIO 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** UF:  
RG: **97029156230** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**  
**RAIMUNDO COSTA DA SILVA**  
Endereço: **RUA MARIO TEIXEIRA MENDES, 56** CEP:  
Bairro: **SEMINARIO**  
Município: **CRATO/CE** Telefone: **(88) 99452-7972**  
País: **BRASIL**

**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** Telefone:  
País: **BRASIL**



**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 FARIAS DA CRUZ - MAT.: 300615-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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

Dono da moto  
no documento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

Nome: CARLOS LUIZ COSTA DA SILVA



MATRÍCULA:

017939 01 55 2017 4 00023 106 0021383 61

SEXO: masculino COR: PARDA ESTADO CIVIL: Solteiro(a) IDADE: 37 Ano(s)

NATURALIDADE: Crato CE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: 97029156230 SSP-CE ELEITOR: Sim

FILIAÇÃO: Maria Mendes da Silva e Raimundo Costa da Silva

RESIDÊNCIA: Rua Mano Teixeira Mendes, 56, Seminário, Crato CE

DATA E HORA DE FALECIMENTO: vinte e quatro de Maio de dois mil e dezessete / 20.00 h DIA: 24 MÊS: 05 ANO: 2017

LOCAL DE FALECIMENTO: Via Pública Travessa Nova Olinda, S/N, Seminário, Crato-CE

CAUSA DA MORTE: Traumatismo Cranioencefálico, Ação Perfurocontundente por PAF, Homicídio por PAF

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO): Cemitério Nossa Senhora da Piedade, Crato-CE DECLARANTE: Maria Luzinete de Freitas

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: Drª Sarah Moreira, CRM 10983

OBSERVAÇÕES E AVERBAÇÕES: registro feito em: 25/05/2017 no livro C-23, FLS. 106, sob o nº de ordem 21383, documento de Identificação: 97029156230 SSP-CE - DEIXOU BENS - NÃO DEIXOU TESTAMENTO - DEIXOU FILHO(S) - FILHOS: Carla, Kayra - Certidão de Nascimento (CARTÓRIO MARIA JULIA 4º OFÍCIO, CRATO-CE) Livro A-13, Fls. 130, Ordem 15215 - GRATUITO NA FORMA DA LEI

SABEMI SEGURADORA S/A  
12 JUN 2018  
RECEBIDO

Nome do Ofício: CARTÓRIO MARIA JULIA - 4º OFÍCIO  
Oficial Registrador: Francisca Silva  
Município: Crato-CE  
Endereço: Rua Tristão Gonçalves, 535, Centro, Crato-CE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Crato-CE, 25 de Maio de 2017.

Francisca Silva  
CARTÓRIO MARIA JULIA  
Registro Civil, Títulos e Documentos  
P. Juiz de Paz, Crato-CE



ARPENBRASIL BA 001697336 BRP



## 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 possui 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 Pitorgi 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 n ° 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,

Guazeiro do Norte, 22 de maio

Romário de Oliveira Nascimento





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 FÊMUR 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Bruno Barbosa Mendonça

**CRM do médico:** 52900400

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** ROMÁRIO DE OLIVEIRA NASCIMENTO, Brasileiro, solteiro  
ESTUDANTE, com RG Nº 200747694-5 SSP CE e CPF sob o Nº  
024.555.393-40; RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO NORDES MILFO 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

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 - Escrevente Substituto  
CAR/AMF Nº 05705.2570001-09 / CNB: 01.815-0 / R. Antônio Nunes Alencar, Nº 283 - Centro - CEP 63178-000 - Araripe - CE - Tel.: (88) 3530-1128

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

Valor Total R\$ 6,20

Em testemunho da verdade,  
Jhenny Temotio dos Santos (Escrevente Autorizada)

**JHENNY TEMOTIO DOS SANTOS**  
Escrevente Autorizada

