

---

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CLENIA MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180155806**

Vitima: **CLENIA MARIA DE LIMA**

Data do Acidente: **31/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOAO PAULO PINHEIRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180155806**.

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, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CLENIA MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180155806**

Vitima: **CLENIA MARIA DE LIMA**

Data do Acidente: **31/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOAO PAULO PINHEIRO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180155806**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://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, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CLENIA MARIA DE LIMA**

**Sinistro:** **3180155806**

**Vítima:** **CLENIA MARIA DE LIMA**

**Data do Acidente:** **31/01/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **JOAO PAULO PINHEIRO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180155806** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta n°: 13048687

A/C: CLENIA MARIA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180155806  
Vitima: CLENIA MARIA DE LIMA  
Data do Acidente: 31/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

**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: CLENIA MARIA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010023397-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

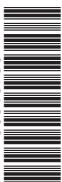
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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**



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180155806**

Nome do(a) Examinado(a): **CLENIA MARIA DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST PELO SINAL nº 16 - MACHADO - DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 197781190 - SSP**

Data e local do acidente: **31/01/2018 DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**

Data e local do exame: **28/05/2018 JAGUARIBE/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO.**

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

**PERICIANDO SEQUELADO DE FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO, SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E COLOCAÇÃO DE APARELHO GESSADO TIPO LUVA POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA.**

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

**APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO PUNHO ESQUERDO. PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO OS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MESMO. PRESENÇA DE DESVIO RADIAL NO PUNHO ESQUERDO.**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE PUNHO ESQUERDO**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:3216/CE**

  
**Dr. Jose Gerardo Vale Matos**  
MÉDICO CRM/CE 3216  
CRM PB 10635

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

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

524.828.203-91

Nome completo da vítima

Elenir Maria de Lima

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Elenir Maria de Lima	524.828.203-91	Agricultora
Endereço	Número	Complemento
Sítio Belo Sinal	16	Zona rural
Bairro	Cidade	Estado
Zona rural	Dep. Itap. pinheiro	ecarai
Email	CEP	
	63.645,000	
	Telefone (DDD)	
	(65) 999890779	

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\$ 1.000,01 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
1150	9	03.397	8
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

LEIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018

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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Dep. Itap. pinheiro 28 de MARÇO de 2018

Local e Data

Elenir Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 171 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 08:38:33**

Data / Hora da Ocorrência: **31/01/2018 06:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO PELO SINAL**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**

Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**

Nascimento: **08/08/1974** CPF: **524.828.203-91**

RG: **197781190** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA  
ANTONIO ALDACI DE LIMA**

UF: **CE**

Endereço: **SITIO PELO SINAL**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**

País: **BRASIL**

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

UF: **CE**

CEP:

**08 ABR. 2018**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **MCQ2379** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2KC08507R012568** Renavam: **900863080** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **FRANCISCO ATAÍLDO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

Compareceu a noticiante para informar acidente de trânsito para fins de receber seguro DPVAT; advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, afirma que estava conduzindo o veículo acima descrito quando, repentinamente tentou desviar de um buraco, todavia não conseguiu e a moto caiu sobre seu braço. Depois de uns 10 (dez) minutos seu vizinho apareceu e tirou a moto; que foi levada para o Hospital Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro; Que, no dia seguinte, foi encaminhada para o Hospital Regional de Iguatu, conforme documentação comprobatória apresentada; Que apresenta como testemunhas, a senhora Solangia Maria de Lima Alves e o Senhor José Amilton de Oliveira. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415**



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 171 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*C) Inês maria Alvim*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018

ASS:

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

*Elenice Maria de Lima*

CPF da Vítima

*524.828.203-91*

Data do Acidente

*31/01/2018*

**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 o meu pedido de requeirimento 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

*LÍBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.  
06 ABR. 2018  
ASS:*

*Elenice Maria de Lima*  
Local e Data

*Elenice Maria de Lima*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PROVA DO ATO DECLARATÓRIO

## OCORRÊNCIA N° 05



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
Prefeitura Municipal de Dep.  
Irapuan Pinheiro - Ceará  
Adm.: A FORÇA QUE VEM DO Povo  
Secretaria Municipal de Saúde



Nome do Paciente

D.N. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CLENIA MARIA DE LIMA

D.N. 08/08/74

U.S:

Jnidade de Emergência <b>HMSB</b>	Idade <b>42</b>	Cor <b>P</b>	Sexo <b>F</b>	Estado Civil <b>CASADA</b>	Naturalidade <b>SOLONOPOLIS</b>	Nas. <b>B</b>
Residência <b>ST. PELO SINAL</b>				Telefone		

Nome				Residência	Telefone	
------	--	--	--	------------	----------	--

O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andamento	<input type="checkbox"/> Regular			
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal			
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local		

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

**Aludente maldade (re)inflamado**  
**dor intenso + colírio em pulmão**

**UBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.**  
**06 ABR. 2018**

DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	COM DADOS Cartório do Ofício Novo e Registros A presente cópia confere com o original. Dou fé. 05 de 02 de 18 Dep. Irapuan Pinheiro-Ce Em testemunho _____ da verdade. <input type="checkbox"/> Antonia Eleni Dantas Pinheiro Titular Interina <input checked="" type="checkbox"/> Antonia Kézia Gonçalves da Silva Escrivãnte Substituta
MÁX. <b>100/70</b>	MIN. <b></b>	AUXILIAR	
TRATAMENTO: <b>1- Ipratul.</b> <b>2- Antihist. 15ml/h</b>			

DESTINO DADO AO PACIENTE	Exames Complementares
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
Encaminhamento ao Ambulatório	
Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.	Diagnóstico Definitivo
Óbito sem Responsável	Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável **X**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CLENIA MARIA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000010023397-X

---

Nr. da Autenticação F7F14006F8D6750E

<b>Nº DO CLIENTE</b>		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002												
<b>8624079-0</b>		Companhia Energética do Ceará Rua Pedro Valdevino, 150 CEP 60135-040   Fortaleza CE CNPJ 07047251/0001-70   CGF 06.105.848-3												
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº selma sempre que entrar em contato conosco.														
<b>CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B   SÉRIE B-4   N° 502362797</b>														
<b>Rota</b>	37 14074 05 122200 - 5	<b>Data de Emissão</b>	24/11/2017											
<b>Nome</b>	FRANCISCO VALDECY DA COSTA	<b>Fator de Potência</b>	0,00											
<b>End. Postal</b>	ST PELO SINAL 00016 MACHADO - DEP.IRAP.PINHEIRO - 63620000	<b>Posto</b>	0000 0000											
<b>Medidor</b>	9061778	<b>CGF</b>												
<b>Classe</b>	04-RURAL MONOFASICO													
RG / CPF / CNPJ	042108878-89													
<b>Nome do Responsável</b>														
<b>DATAS</b>														
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO											
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017	Veja a legenda no verso desta conta.											
Conjunto														
Mês	Set/2017													
ICMS	Padrão Individual													
Basis da Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Apuração Individual											
ISENTO			Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual											
DIC	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00											
FIC	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00											
DMIC	0,00	0,00	0,00											
<b>ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL</b>														
0012.4E3F.0A12.8465.5284.0577.56F4.7E6														
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO</b>														
Leit. Atual	<input type="radio"/>	Leit. Anterior	<input type="radio"/>	Const.	<input type="radio"/>	Consumo (kWh)	<input type="radio"/>	Cons. Ind.	<input type="radio"/>	Cons. Fís.	<input type="radio"/>	Tarifa (R\$/kWh)	<input type="radio"/>	Valor (R\$)
10175	<input type="radio"/>	9934	<input type="radio"/>	1,00	<input type="radio"/>	241	<input type="radio"/>	0,00	<input type="radio"/>	241	<input type="radio"/>	0,00	<input type="radio"/>	94,61
24/11/17	<input type="radio"/>	25/10/17	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	30 dias	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	241	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	94,61
<b>DESCRIÇÃO</b>													<b>VALOR (R\$)</b>	
VALOR CONSUMO DO MES													94,61	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 11,75 )														

10201

VENCIMENTO	02/01/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	94,61
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia .....	45,23		
Transporte .....	4,92		
Distribuição .....	29,77		
Encargos Salariais .....	17,95		
Tributos (IDMS PIS/COFINS) .....	3,37		
<b>TOTAL .....</b>	<b>94,61</b>	241	241
<b>CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)</b>		LIBA	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecologica (%CO <sub>2</sub> )	100
16,16	0,00	8	
INFORMAÇÕES IMPORTANTE - AVISOS DE FIM DE PÔRTEIRO			
CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
AVISO DE DEBITO VENCIDO:		Mes-Ano	
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimo legal até esta data, no valor de R\$ 27,64. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.		Valor	
		09/2017 27,64	
Consta desta fatura R\$ 3,37 referente à IDMS/COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e Cofins:2,93%			
IPI: 0,00%, ISS: 0,00% - INSS: 0,00% - IPI: 0,00% - 10,637,92 = 10,637,92			

<b>Nº DO CLIENTE</b>		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002												
<b>8624079-0</b>		Companhia Energética do Ceará Rua Pedro Valdevino, 150 CEP 60135-040   Fortaleza CE CNPJ 07047251/0001-70   CGF 06.105.848-3												
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº selma sempre que entrar em contato conosco.														
<b>CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B   SÉRIE B-4   N° 502362797</b>														
<b>Rota</b>	37 14074 05 122200 - 5	<b>Data de Emissão</b>	24/11/2017											
<b>Nome</b>	FRANCISCO VALDECY DA COSTA	<b>Fator de Potência</b>	0,00											
<b>End. Postal</b>	ST PELO SINAL 00016 MACHADO - DEP.IRAP.PINHEIRO - 63620000	<b>Posto</b>	0000 0000											
<b>Medidor</b>	9061778	<b>CGF</b>												
<b>Classe</b>	04-RURAL MONOFASICO													
RG / CPF / CNPJ	042108878-89													
<b>Nome do Responsável</b>														
<b>DATAS</b>														
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO											
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017	Veja a legenda no verso desta conta.											
Conjunto														
Mês	Set/2017													
ICMS	Padrão Individual													
Basis da Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Apuração Individual											
ISENTO			Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual											
DIC	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00											
FIC	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00											
DMIC	0,00	0,00	0,00											
<b>ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL</b>														
0012.4E3F.0A12.8465.5284.0577.56F4.7E76														
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO</b>														
Leit. Atual	<input type="radio"/>	Leit. Anterior	<input type="radio"/>	Const.	<input type="radio"/>	Consumo (kWh)	<input type="radio"/>	Cons. Ind.	<input type="radio"/>	Cons. Fís.	<input type="radio"/>	Tarifa (R\$/kWh)	<input type="radio"/>	Valor (R\$)
10175	<input type="radio"/>	9934	<input type="radio"/>	1,00	<input type="radio"/>	241	<input type="radio"/>	0,00	<input type="radio"/>	241	<input type="radio"/>	0,00	<input type="radio"/>	94,61
24/11/17	<input type="radio"/>	25/10/17	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	30 dias	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	241	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	94,61
<b>DESCRIÇÃO</b>													<b>VALOR (R\$)</b>	
VALOR CONSUMO DO MES													94,61	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 11,75 )														

10201

VENCIMENTO	02/01/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	94,61
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Enersa .....	45,28		
Transmissão .....	4,23		
Distribuidor .....	39,77		
Encargos Sistelais .....	10,55		
Tributos (ICMS PIS-COFINS) .....	3,37		
<b>TOTAL .....</b>	<b>94,61</b>	<b>241</b>	<b>241</b>
<b>CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)</b>			
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecologica (%CO <sub>2</sub> )	100
104,16	0,00	0	
INFORMAÇÕES IMPERATIVAS PARA OS DEVEDORES			
CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
AVISO DE DEBITO VENCIDO:		Mes-Ano	Valor
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais ate esta data, no valor de R\$ 27,64. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.		09/2017	27,64
Consta desta fatura R\$ 3,37 referente à PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,64% e COFINS=2,93%			

3180 155806

0121439/18



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 516920247  
**Companhia Energética do Ceará**  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 02047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

**DADOS DO CLIENTE**

Esta é a segunda via de

**MAR/2018**Utilize o nº abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	DV
<b>4664469</b>	<b>5</b>
<b>VENCIMENTO</b>	
12/04/2018	

**TOTAL A PAGAR (R\$)****46,62****DESCRIÇÃO DA CONTA**Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)**OUTROS PAGAMENTOS**

MULTA MORATORIA  
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado

FP	5602	5553	1	49	0	49
----	------	------	---	----	---	----

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
13/03/2018	12/04/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

40F1.60A1.2191.FACD.9AEE.E3C6.9907.4AF4

**ICMS**

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

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO****CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

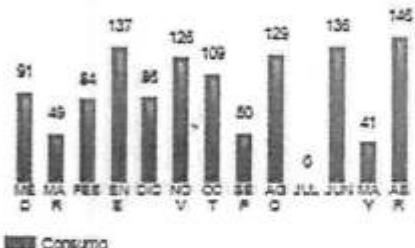
**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO****INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,58

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês JAN/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
FIC (un)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
	5,58		0,00			

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **4664469-5** Nº da Nota Fiscal: **516920247** Total a Pagar (R\$): **46,62**  
 Data de Emissão: **16/03/2018** Referência: **MAR/2018** N° de Controle: **0004664469 00076 4381 2 38**

83830000000-4 46620031000-1 00046644690-0 00764381207-2



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
 11 ABR. 2018  
 ASS: \_\_\_\_\_

## 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Paulo Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 815.474.573-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clinic Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203-91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Clinic Maria de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	Número <u>SIN</u>	
<u>sítio alto verde</u>	complemento <u>zona rural</u>	
Bairro <u>zona rural</u>	Cidade <u>Milhão</u>	Estado <u>ceara</u>
Email	Telefone comercial (DDD) _____ <u>(85) 99989-0779</u>	CEP <u>63.635,000</u>

D.P. Francisco Pinheiro, 28 de MARÇO de 2018  
Local e Data

**Celso Pinheiro**  
(85) 99989-0779;  
(85) 98721-2741

João Paulo Pinheiro

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Ataíde de Oliveira,  
RG nº 34479052000, data de expedição 04/08/05,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001.814.243-55, com  
domicílio na cidade de Solanópolis, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
sítio pelo final, nº 10,  
complemento Z. rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Elmir Moreira de Lima cujo o condutor era  
Elmir Moreira de Lima.

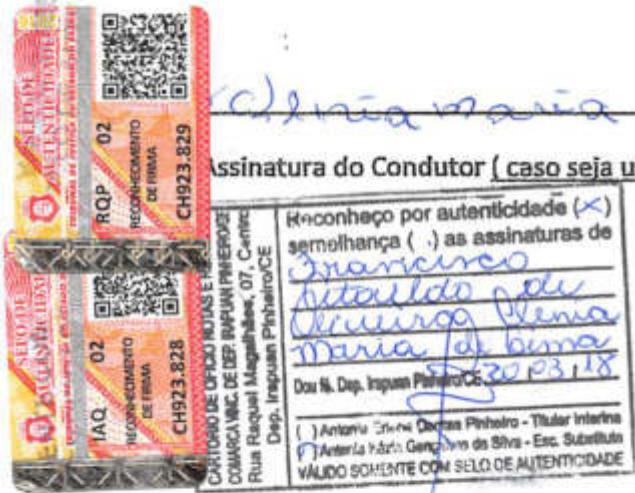
Veículo: motorcycleter  
Modelo: Sonder/CG 150 Titânio/ES  
Ano: 2006/2007  
Placa: MCQ 23791CE  
Chassi: 9C2KC08507A012568  
Data do Acidente: 31/10/11/2018  
Local e Data: Deputado Inácio Penteado - Rua 20-12 20/10/2018

Francisco Ataíde de Oliveira

**Assinatura do Declarante**

*Chionomus limnae* (Berg)

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



## OCORRÊNCIA N°

05



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS  
Prefeitura Municipal de Dep.  
Irapuan Pinheiro – Ceará  
Adm.: A FORÇA QUE VEM DO Povo  
Secretaria Municipal de Saúde



Nome do Paciente

D.N. / /

CLENIA MARIA DE LIMA

D.N. CR/08174

U.S.:

Jnidade de Emergência	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nas.
HMSB	42	P	F	CASADA	SOLONOPOLIS	B

Residência

ST. PELO SINAL

Telefone

Nome		Residência		Atendimento	Data	Hora
O paciente chegou ao hospital						
<input type="checkbox"/> Andamento	<input type="checkbox"/> Regular				31/01/18	07:51
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal			<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso					
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia			Local		

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

doz Algodão m/infusão d/c (sic) inflado  
intox + colírio um suco.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
06 ABR. 2018

DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA			
MÁX. 100	MIN. 70		AUXILIAR	RETAL	
TRATAMENTO:			<div style="text-align: center;"> <p>Cartório do Ofício Notas e Registros A presente cópia confere com o original. Data: 05/02/2018 Dep. Irapuan Pinheiro - Ce Em testemunho _____ da verdade. Antonia Edene Dantas Pinheiro Titular Interina Antonia Kátia Gonçalves da Silva Escrivaneira Substituta</p> </div>		
1. Tropil. 2. Atmox. IFA/M					

DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares
<input type="checkbox"/>	Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/>	Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
Encaminhamento ao Ambulatório		Diagnóstico Definitivo
Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.		
Óbito sem Responsável		Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável



## FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO  
CRES: 189 Micro região: IGUAU Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: CLÉNIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA  
Endereço: SITIO PELO SINAL Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Grauente com história de fratura em  
punho. Fazendo encaminhamento.

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho E (sse)  
Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro: Dr. Lara Spars Duarte  
Função: médica Data: 05/08/18 Hora:

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Acompanhamento Profissional: ortopedista

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado de Exames:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proposta de Conduta para Seguimento  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018 /  
ASS:

Consequently, the author's argument is that the  
"right to privacy" is a fundamental right.

ANSWER: *CHLOROPHYLL*

*System 2 (S-2) - 0.05*

1946年1月，蘇聯外長莫洛托夫在聯合國大會上宣稱：「蘇聯在遠東的主權和獨立是不可侵犯的。」

१०८ अस्ति विष्णुः विष्णुः विष्णुः विष्णुः विष्णुः विष्णुः विष्णुः विष्णुः विष्णुः

1924-1925  
1925-1926  
1926-1927  
1927-1928  
1928-1929  
1929-1930  
1930-1931  
1931-1932  
1932-1933  
1933-1934  
1934-1935  
1935-1936  
1936-1937  
1937-1938  
1938-1939  
1939-1940  
1940-1941  
1941-1942  
1942-1943  
1943-1944  
1944-1945  
1945-1946  
1946-1947  
1947-1948  
1948-1949  
1949-1950  
1950-1951  
1951-1952  
1952-1953  
1953-1954  
1954-1955  
1955-1956  
1956-1957  
1957-1958  
1958-1959  
1959-1960  
1960-1961  
1961-1962  
1962-1963  
1963-1964  
1964-1965  
1965-1966  
1966-1967  
1967-1968  
1968-1969  
1969-1970  
1970-1971  
1971-1972  
1972-1973  
1973-1974  
1974-1975  
1975-1976  
1976-1977  
1977-1978  
1978-1979  
1979-1980  
1980-1981  
1981-1982  
1982-1983  
1983-1984  
1984-1985  
1985-1986  
1986-1987  
1987-1988  
1988-1989  
1989-1990  
1990-1991  
1991-1992  
1992-1993  
1993-1994  
1994-1995  
1995-1996  
1996-1997  
1997-1998  
1998-1999  
1999-2000  
2000-2001  
2001-2002  
2002-2003  
2003-2004  
2004-2005  
2005-2006  
2006-2007  
2007-2008  
2008-2009  
2009-2010  
2010-2011  
2011-2012  
2012-2013  
2013-2014  
2014-2015  
2015-2016  
2016-2017  
2017-2018  
2018-2019  
2019-2020  
2020-2021  
2021-2022  
2022-2023  
2023-2024  
2024-2025  
2025-2026  
2026-2027  
2027-2028  
2028-2029  
2029-2030  
2030-2031  
2031-2032  
2032-2033  
2033-2034  
2034-2035  
2035-2036  
2036-2037  
2037-2038  
2038-2039  
2039-2040  
2040-2041  
2041-2042  
2042-2043  
2043-2044  
2044-2045  
2045-2046  
2046-2047  
2047-2048  
2048-2049  
2049-2050  
2050-2051  
2051-2052  
2052-2053  
2053-2054  
2054-2055  
2055-2056  
2056-2057  
2057-2058  
2058-2059  
2059-2060  
2060-2061  
2061-2062  
2062-2063  
2063-2064  
2064-2065  
2065-2066  
2066-2067  
2067-2068  
2068-2069  
2069-2070  
2070-2071  
2071-2072  
2072-2073  
2073-2074  
2074-2075  
2075-2076  
2076-2077  
2077-2078  
2078-2079  
2079-2080  
2080-2081  
2081-2082  
2082-2083  
2083-2084  
2084-2085  
2085-2086  
2086-2087  
2087-2088  
2088-2089  
2089-2090  
2090-2091  
2091-2092  
2092-2093  
2093-2094  
2094-2095  
2095-2096  
2096-2097  
2097-2098  
2098-2099  
2099-20100

19. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

Digitized by srujanika@gmail.com

.....  
.....

Based on credit risk

Chapitre 10 : Les deux dernières années

.....

1992-07-26 12:00:00

— 1 —

the first time in the history of the world, the people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties.

1996-08-26 10:00:00 1996-08-26 10:00:00

1. **What is the primary purpose of the study?**

1960-1961  
1961-1962

19. *Urticaria pigmentosa* (Schamberg's disease) - *Chloroma*

1996-01-01 00:00:00 1996-01-01 00:00:00

.....  
.....

1932-33

• [View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#) | [Print](#) | [Email](#)

[www.ijerpi.org](http://www.ijerpi.org) | [www.ijerpi.org/index.php?journal=ijerpi](http://www.ijerpi.org/index.php?journal=ijerpi)

On the basis of the above results, it is recommended that the following measures be taken to reduce the incidence of hepatitis A in the community.

19. The following table shows the number of registered voters in each of the 50 states.



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS\***

Secretaria Municipal da Saúde de  
Dep. Irapuan Pinheiro



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Edição 2009-2012

Unidade de Origem: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO

CRES: 189 Micro região IGUAU Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome: CLÉRIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA  
 Endereço: SITIO PELO SINAL Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Torcente com hisofírio de fratura em  
perna F. direita. Encaminhamento.

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada perna F (sse)  
 Dra. Larissa Soares Duarte médica 05/08/18  
 Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro CRM 17.124 Função Data Hora

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Acompanhamento Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não

*LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.*  
*06 ABR. 2018*  
*ASS.*



# HOSPITAL REGIONAL

**DE IGUATU**  
Dr. Manoel Batista de Oliveira

CARTÃO DE RETORNO TRAUMATOLOGIA

Nome: Clarice M. S. Lima

Código Paciente: 112694

Rua Edílson de Melo Távora, S/N - Esplanada  
Fone: (88) 3581-1250

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**  
06 ABR. 2018

15

DATA	HORA	CONSULTAS AGENDADAS	NOME DO PROFISSIONAL
SERVIÇOS			
1-2-18	8:45	Exame de jato ->	D.
21-2-18			

## OBSERVAÇÃO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Prefeitura Municipal de Dep

Irapuan Pinheiro - Ceará

Adm.: A Força Que Vem do Povo

Secretaria Municipal de Saúde

Nome: Elenia Maria de Souza

Solicito

radiografia abdominal  
pernho E

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
06 ABR. 2018

ASS:

Dra. Lara Soares Duarte  
CRM: 17.134

Assinatura e Crólculo

Data: 09/2/18

ARTE GRÁFICA [88] 9 8856-4162



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS'

Secretaria Municipal da Saúde de  
Dep. Irapuan Pinheiro



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

Edição 2009-2012

### FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO  
CRES. 189 Micro região IGUAU Município DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Nome ZENIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA  
Endereço: ESTILO PELO SINAL Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Presente com história de fratura no  
membro Esquerdo Encaminhante.

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica:

Fratura fechada pronta e esse

Dra. Lara Soares Duarte

Médica 17-134

médica

05/08/18

Hora

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Encaminhamento

Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018

ASS:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Pref. Municipal de Dep. Irapuan Pinheiro  
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO BERNARDO



Edição 2009/2012

Para o Sr (a):

Além novo de Lira

### ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima identificado submeteu-se a Consulta médica nesta data, necessitando ausentar-se de suas atividades por: 30 (Dias) dia (s).

Dep. Irapuan Pinheiro, 31 de Julho de 2018.

*Foto Reg. Cadastral  
Médico - 2018  
CREMECE 1032*  
\_\_\_\_\_  
Médico (a)

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018  
ASS:

Hospital Municipal São Bernardo de Dep. Irapuan Pinheiro  
Rua Cândido Borges, s/n - Centro - Dep. Irapuan Pinheiro Tel- (88) 3569-  
1259/1140.  
site: [www.irapuanpinheiro.ce.gov.br](http://www.irapuanpinheiro.ce.gov.br)

*Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira*

*Médico CRM 12721*

*Praca da Juventude S/N Senator Pompeu - Ce*

**LAUDO MÉDICO**

**NOME:** Cleusa Maria de Lima

Há uns dias, que, junt ao Drº que o  
paciente acima citado, foi vítima de acidente  
de motocicleta com trauma em Membro superior  
esquerdo, com fratura localizada na metade  
distal do braço, com conserto cirúrgico de  
fissura fechada pelo período de 10 dias e  
uso de pinos. Regresso aos Deportivos normais  
após atingir opinião como em regular movimento  
do membro.

000 562-8

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
21 MAIO 2018

Senador Pompeu 18/05/18

*Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira  
CRM 12721  
MEDICO*

*Dr. Fernando Higor*

*CRM: 12721*



VIETNAM



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO  
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **524.828.203-91**Nome: **CLENIA MARIA DE LIMA**Data Nascimento: **08/08/1974**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **15/12/1992**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **16:44:17** do dia **21/02/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **506E.6619.16AF.718F**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

**Nova Consulta****LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
10 6 ABR. 2018****ASS:**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTERO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**NOME:** JOÃO PAULO PINHEIRO  
  
**DOC. JURÍDICO / ORG. JURÍDICO:** 335665698   **SSP/CE**   **CE**  
**CPF:** 875.474.573-04   **DATA NASCIMENTO:** 21/09/1980  
**PARECER:**  
**PAPELARIA:** ACC   **CAIXA:** 20  
**Nº EMISSÃO:** 00758873502   **VISADA:** 01/12/2021   **1ª MATRIZAÇÃO:** 04/08/1999  
**OBSERVAÇÕES:**  
**SEN. OBSERVAÇÃO:**  
*João Paulo Pinheiro*  
ASSINATURA DO DETRAN

**LOCH:** IGUAU, CE   **DATA EMISSÃO:** 09/12/2016  
*João Vaz - P.R.*  
ASSINATURA DO DETRAN  
**DETAN - CE (CEARA)**

UBIJA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
 06 ABR. 2018  
 ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE Nº 013869027400  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
PPT 01 00900863080 00000000000 2017

NOME  
FRANCISCO ATALILO DE OLIVEIRA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
SOLOMONOPOLÉ /CE

CPF / CNPJ PLACA  
00181424355 MCG2379/CE  
PLACA ANT. / UF CHASSI  
/SC 9C2KC08507R012568

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLÓ/MÁQ. AFLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN ES 2006 2007

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/14CV/149CC FARTIC PRATA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*****	*****	1º *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
*****	*****	3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* 0,00 0,00

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DATA  
SOLOMONOPOLÉ 01/12/2017

Igor Ponte  
Superintendente

DETAN - CE

ASS.

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013869027400 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 01/12/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 00181424355 MCG2379

RENAVAM MARCA / MODELO  
00900863080 HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB. DATA FAB. Nº CHASSI  
2006 09 9C2KC08507R012568

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
4,15 0,7 185,5

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 28/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

MOTOR: 9C08E57012568 OUT: 2017

05150

013869027400

RÉCIBO CE Nº

DE

ASSINATURA

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.



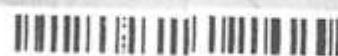
03150

MCG2379

CÓD. RENAVAM

00900863080  
160879 03299

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTD.  
06 ABR. 2018



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180155806      **Cidade:** Deputado Irapuan Pinheiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLENIA MARIA DE LIMA      **Data do acidente:** 31/01/2018      **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** PERICIANDO SEQUELADO DE FRATURA DOS OSSOS NO PUNHO ESQUERDO, SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E COLOCAÇÃO DE APARELHO GESSADO TIPO LUVA POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. PACIENTE TEVE ALTA DEFINITIVA.  
APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO PUNHO ESQUERDO. PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO OS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MESMO. PRESENÇA DE DESVIO RADIAL NO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:**

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

**Médico examinador:** JOSE GERARDO VALE MATOS

**CRM do médico:** 3216

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Elenice maria de Lima  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
Profissão: Agente de Limpeza  
Identidade: 1977811/90 CPF: 524.828.203-91  
Endereço: Sítio pelo Sinal  
Bairro: Zona Rural  
Cidade: Dip. Dracena Pinheiro CEP: 63.645,000

### OUTORGADO (Procurador)

João Paulo Pinheiro, portador (a) do RG nº 335665898, órgão emissor SSPDC-CE, CPF nº 875.474.573-04 com endereço Sítio Alto Verde, Bairro: Zona Rural: Cidade: Milhã-Ceará, CEP: 63.635-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandado da qual figura como vítima,

Elenice maria de Lima

UBIA CORRETORA DE SEGUROS  
06 ABR. 2018  
ASS.

Elenice maria de Lima  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

