

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**

Carta nº 12626681





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** 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 12682173





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.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, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13048687

A/C: CLENIA MARIA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180155806  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

Sinistro: **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**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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 CREMEC 3216  
CRM PB 10835

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

Elenia Maria de Lima

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

Nome completo Elenia Maria de Lima		CPF titular da conta 524.828.203-91	Profissão Agricultora
Endereço Sitio Belo Sinal		Número 16	Complemento Zona rural
Bairro Zona rural	Cidade Dep. Frap. pinheiro	Estado ecara	CEP 63.645,000
Email			Telefone (DDD) (85) 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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRD. 1150		D/V 9		CONTA NRD. 23.397		D/V 8	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRD.				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRD.			
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

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

Dep. Frap. pinheiro 28 de março de 2018  
Local e Data

Elenia Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 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**UF: **CE**Filiação: **MARIA ALVES DE OLIVEIRA****ANTONIO ALDACI DE LIMA**Endereço: **SITIO PELO SINAL**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO/CE**País: **BRASIL****DOCUMENTO  
ORIGINAL**

CEP:

Telefone:

**08 ABR. 2018****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 ATAÍDO 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 Nº 551 - 171 / 2018**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Elina Maria Lilianna*

**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 interdita 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

*Elvino 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 devido 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 §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.

*Dep. Seguros R. 28* de *março* de *2018*  
Local e Data

*Elvino Maria de Lima*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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. 1 1

CLENIA MARIA DE LIMA

U.S:

D.N. 08/08/74

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

Residência	Telefone
ST. PELO SINAL	

Nome	Telefone

Residência	Telefone

O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<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

Agudização da dor + colúmbia em 12/1/18

UBIA CORRETORA DE SEGS. LTDA.  
06 ABR. 2018

DADOS CLÍNICOS				DIAGNOSTICO	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MAX.	MIN.		AUXILIAR	RETAL	

TRATAMENTO:	<div data-bbox="688 1375 954 1576" data-label="Image"> </div>
1. Irapuan	
2. Colúmbia	

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

Ass. Do paciente ou Responsável	



# 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



# Nº DO CLIENTE

8624079-0

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

502362797

Rota 37 14074 05 122200 - 5

Data de Emissão 24/11/2017

Nome FRANCISCO VALDECI DA COSTA

End. Postal ST PELO SINAL 00016

MACHADO - DEP. IRAP. PINHEIRO - 63620000

Medidor 9061778

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 042108878-89

CGF

Nome do Responsável

### DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017

### ICMS

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

### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EF02.4E2F.DA12.8465.5284.1577.8074.7E76

### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10175	9934	1.00	241	0.00	241	11,75	2821,25
24/11/17	25/10/17	30 Dias			241		94,61

VALOR CONSUMO DO MES

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,75)

10201

### VENCIMENTO

02/01/2018

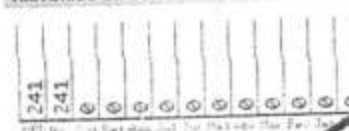
### TOTAL A PAGAR (R\$)

94,61

### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	45,22
Transmissão	4,52
Distribuição	20,77
Encargos Setoriais	10,95
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,37
TOTAL	94,61

### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO 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> )
104,16	0,00	8

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### CONTAS EM ATRASO

#### AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais 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.

#### DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
09/2017	27,64

Consta desta fatura R\$ 3,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,93%

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

06 ABR. 2018

ASS:



# Nº DO CLIENTE

8624079-0

Para atualizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

502362797

Rota 37 14074 05 122200 - 5

Data de Emissão 24/11/2017

Nome FRANCISCO VALDECI DA COSTA

End. Postal ST PELO SINAL 00016

MACHADO - DEP. IRAP. PINHEIRO - 63620000

Medidor 9061778

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 042108878-89

CGF

Nome do Responsável

### DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	24/11/2017	23/12/2017

### ICMS

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

### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EF02.4E2F.DA12.8465.5284.1577.8074.7E76

### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Est.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10175	9934	1.00	241	0.00	241	11,75	28,21
24/11/17	25/10/17	30 Dias			241		94,61

VALOR CONSUMO DO MÊS

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 11,75)

10201

### VENCIMENTO

02/01/2018

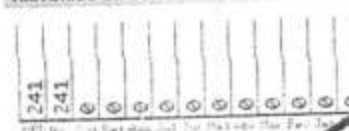
### TOTAL A PAGAR (R\$)

94,61

### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	45,22
Transmissão .....	4,53
Distribuição .....	20,77
Encargos Setoriais .....	10,05
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	3,37
TOTAL .....	94,61

### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensação kg CO <sub>2</sub>	Consciência Ecológica (kg CO <sub>2</sub> )
Emitido kg CO <sub>2</sub>	0,00	8

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### CONTAS EM ATRASO

#### AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais 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.

#### DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
09/2017	27,64

Consta desta fatura R\$ 3,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,93%

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

06 ABR. 2018

ASS:



3180 155806

0121439/18



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 516920247

Companhia Energética do Ceará

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

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

4664469

DV 5

VENCIMENTO

12/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,62

End. da Unidade Consumidora ST ALTO VERDE MILHA 63635000

RG / CPF / CNPJ 875.474.573-04

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 5602 5553 1 49 0 49

## DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
ApresentaçãoPrev. 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\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

## OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

0,67

28,95

## 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

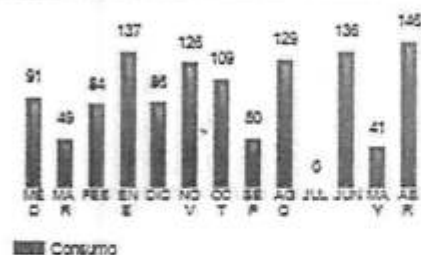
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,58

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês JAN/ 2018

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

Nº 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 875.474.573 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clônia Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 524.828.203, 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Clônia 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, reside 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 <u>Sítio Alto Verde</u>		Número <u>514</u>	Ass. complemento <u>zona rural</u>
Bairro <u>zona rural</u>	Cidade <u>milhã</u>	Estado <u>ceará</u>	CEP <u>63.635.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(85) 99989-0779</u>

Dep. Flávia 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 Atauldo 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 Solomonopole, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio pelo sinal, nº 10,  
 complemento 2. Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Elonir Maria de Lima, cujo o condutor era  
Elonir Maria de Lima.

Veículo: motorcycle  
 Modelo: Honda/CG 150 Titan/ES  
 Ano: 2006/2007  
 Placa: MCQ2379/CE  
 Chassi: 9C2KC08507A012568  
 Data do Acidente: 31/01/2018  
 Local e Data: Distrito Industrial Pindamon - CE 20/03/18

Francisco Atauldo de Oliveira  
 Assinatura do Declarante



Elonir Maria de Lima

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



LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
 06 ABR. 2018



Reconheço por autenticidade (X) semelhança ( ) as assinaturas de <u>Francisco</u> <u>Atauldo de</u> <u>Oliveira</u> <u>Maria de Lima</u> Dou fé. Dep. Inspec. Pindamon/CE 20/03/18 ( ) Antonio Erinei Dantas Pinheiro - Titular Interina ( ) Antônia Inácio Gonçalves dos Santos - Esc. Substituto VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
---

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



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. 111

CLENIA MARIA DE LIMA

U.S:

D.N. 08/08/74

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

Residência

ST. PELO SINAL

Telefone

Nome

Telefone

Residência

O paciente chegou ao hospital

<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

Atendimento

Data

Hora

31/01/18

07:51

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa Principal e Resumo da Doença Atual

Acidente motorista (sic) ocorrido  
dos intestos + colúmbia em pulso

## DADOS CLÍNICOS

## DIAGNOSTICO

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	
MÁX.	MIN.		AUXILIAR	RETAL

TRATAMENTO:

1. Irapuan  
2. Atividade física



Carteira de Identidade  
A presente cópia confere com o original.  
Doutor 05 de 02 de 18  
Dep. Irupuan Pinheiro-Ce  
Em testemunho da verdade,  
☐ Antonia Elene Dantas Pinheiro  
Título Interina  
☒ Antonia Kátia Gonçalves da Silva  
Escritora Substituta

LIBIA-CORRETORA DE SEC. LTDA  
06 ABR. 2018

## DESTINO DADO AO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
<input type="checkbox"/> Encaminhamento ao Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após a chegada A.U.E.	
<input type="checkbox"/> Óbito sem Responsável	

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

Ass. Do paciente ou Responsável





Irapuan Pinheiro

Secretaria Municipal da Saúde de  
Dep. Irupuan Pinheiro2. 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 BERNARDOCRES: 189 Micro região: IGUATH Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRONome: CLELIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº: \_\_\_\_\_Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORAEndereço: SÍTIO PELO SINAL Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Paciente com história de fratura em  
punho Esquerda Encaminhamento

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho E (SB)

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Dra. Lara Soares Duarte  
Médica  
11.134

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 ☐

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro

Função

Data

Hora







**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 BERNARDOCRES: 188 Micro região IGUAçu Município: DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRONome: CLELIA MARIA DE LIMA Prontuário Nº \_\_\_\_\_Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORAEndereço: SÍTIO PELO SINAL Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Paciente com história de fratura em punho E.O. direita encaminhamento.

Resultado de Exames:

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho E (SSE)

Dra. Lara Soares Duarte  
 Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro 17.134

médica 05.02.18  
 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 ☐

**LIBIA CORREIA DE S. L. DA**  
**06 ABR. 2018**  
 ASS: \_\_\_\_\_



[illegible]HOSPITAL  
REGIONAL**CARTÃO DE RETORNO TRAUMATOLOGIA**

Código Paciente: 012094

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

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018

255

[illegible][illegible]





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
Prefeitura Municipal de Dep  
Irapuan Pinheiro - Ceará  
Adm.: A Força Que Vem do Povo  
Secretaria Municipal de Saúde

Nome:

Denia Maria de Lima

Solteiro

Radiografia  
punho E eletiva!

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.  
06 ABR. 2018  
ASS:

Dra. Lara Soares Duarte  
Médica  
CREMESP 17.134

Data: 09/04/18

Assinatura e Carimbo





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 a unidade de Origem.

## FICHA DE REFERÊNCIA Edição 2009-2012

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

Nome: CIÊNIA MARIA DE LIMA Prontuário N° \_\_\_\_\_  
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 08/08/1974 Ocupação: AGRICULTORA  
Endereço: SÍTIO PELO SINAL Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: paciente com história de fratura em punho Esquerda encaminhamento  
Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Conduta já realizada: \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica: Fratura fechada punho (ESQ)  
Assinatura do Encaminhante: Dra. Lara Soares Duarte Médica 134 Função: médica Data: 25.02.18 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 N° \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 ☐

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







**Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira**

**Médico CRM 12721**

**Praca da Juventude SM Senador Pompeu - Ce**

**LAUDO MÉDICO**

**NOME:** Cleusa Maria de Lima

Leito para os membros para, junto ao DPJAT que a  
paciente acionou durante por volume de acidente  
de motocicleta com trauma que membro superior  
esquerdo com lesão local que foi submetida  
a tratamento clínico com uso de curativos de  
fórmula genótipo pelo período de, tudo isso e  
usado AINES; Recebendo Alto Deputado mesmo  
após alto apurando como em registro unificado  
do membro.

(11) 562-8

**LIBIA CORRETORA DE SEG. LTJ**  
**21 MAIO 2018**

**Senador Pompeu 18/05/18**

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

**Dr. Fernando Higor**

**CRM: 12721**



EST. CANTILE O DOCUMENTO COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE OUTROS SORTEANTES E/OU CASOS LEGISLAÇÃO DETERMINADA PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PRODUZIR A UNIDADE LOCAL DO DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

33090/1535

08/07/1994

ABF - SENADOR POMPEU

COPIADO DO CADASTRO EMITIDO

NOME, ENDEREÇO E ASSINATURA DO EMPREGADOR RESPONSÁVEL, PARA EMISSÃO

APROVADO POR: [Assinatura] E/OU [Assinatura]

CIC

MINISTÉRIO DA ECONOMIA  
PATRIMÔNIO E FINANÇAMENTO

524828203 91

CLÊNIA MARIA DE LIMA

08.08.1974

CLÊNIA MARIA DE LIMA

08.08.1974

VITIMA

REGISTRO GERAL 1977811/90

DATA DE EMISSÃO 02.08.90

NOME CLÊNIA MARIA DE LIMA

FILIAÇÃO Antônio Aldaci de Lima

Maria Alves de Oliveira

Solomonopole CE.

08.08.1974

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. nº 1137.1v.4-02.fls. 355

Cart. de Milha CE.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

08 ABR. 2018

BRUNO CORRETORES DE REG. LTDA.

2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

11-1

CLÊNIA MARIA DE LIMA

08.08.1974

CARTeira DE IDENTIDADE



**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**

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



56925402  
56817608

**LIBRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**

**06 ABR. 2018**

ASS: \_\_\_\_\_



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA - CÓD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO  
PFT 01 00900863080 0000000000 2017

NOME  
FRANCISCO ATAÍDO DE OLIVEIRA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
SOLONOPOLÉ /CE

CPF / CNPJ - PLACA  
00181424355 MCQ2379/CE

PLACA ANT. / UF - CHASSI  
/SC 9C2KC08507R012568

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

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

CAP. / POT. / CIL. - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2P/14CV/149CC PARTIC PRATA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS  
I P V A \*\*\*\*\* \*\* \*\*/\*\*/\*\* 1\* \*\*\*\*\*  
FAIXA I.P.V.A. - PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* \*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\*

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

LOCAL - DATA  
SOLONOPOLÉ 01/12/2017

Igor Panto  
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2017 01/12/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
01 00181424355 MCQ2379

RENAVAM - MARCA / MODELO  
00900863080 HONDA/CG 150 TITAN E

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO PEO SEGURO (R\$)  
4,19 0,7 185,5

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

LÍDER CORRETORA DE SEG. LTD.

MOTOR: KC08E57012568

03150



013869027400  
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

ASSINATURA



03150  
MCQ2379

CÓD. RENAVAM

00900863080  
160879 03299



# 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

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## 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: Cleonor Maria de Lima  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro  
 Profissão: Agricultor  
 Identidade: 1927811/90 CPF: 524.828.203-91  
 Endereço: Sítio pelo sinal  
 Bairro: Zona rural  
 Cidade: Dep. Irapuim 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 mandato da qual figura como vítima.

ASS: \_\_\_\_\_ de 2018.

[illegible]

Sen Pompeu CE 12 de Mayo

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)