

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - CE Nº 012411181754
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

FRAN 01 258682418 0000000000 2016

VERA LUCIA LIMA ALBUQUERQUE

SENADOR POMPEU/CE

95046305372 NVE5756

PLACA ANT/PLACA 9C6KE1210A0036243

PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 E ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAR/POR/CE 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC CORP. PREDOMINANTE PRETA

1	COTA ÚNICA	2	ENC. COTA ÚNICA	3	VENC. COTAS
P	*****	1	*****	2	*****
V	*****	3	*****		
A	*****				

PRÊMIO TAR. PARCELADO 286.75 1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01 DATA DE PAGAMENTO 10/08/2016

SENADOR POMPEU 16/02/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE AUTOMOTORES DE VIA TRANSPO

OUT

CE Nº 012411181754 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
95046305372 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NVE5756
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/02/2017

VIA 01 95046305372 NVE5756

RENAVAM 258682418 MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 E

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 09 9C6KE1210A0036243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04	14.34	143.38

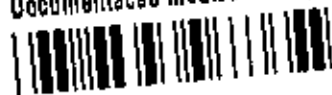
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15	1.11	292.01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/08/2016

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO DO BILHETE DPVAT
MOTOR: E3C9E-09581018.508/0001-04
www.seguradoraalider.com.br

LIBACCOR
21 AGO 2017
ASS.

012-2015



Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/N Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME:

Jose Elvino Bezerra

Fluido para os dentes para junta ao DENT que o
paciente, assim descrito, foi vítima de acidente
de Matabuleto após colidir com, acirra moto em
13/05/17 apresentando deformação Ombro Esquerdo
Joelho esquerdo apresentando apresentando protuberância
de clavícula Esquerda em tempo médio além de instabilidade
de joelho Esquerdo com ruptura de ligamento e
Menisco. Mesmo após tratamento clínico, cirurgia em
clavícula. Eq. sem apresentando alongo Incurável em
Membros Superior esquerdo e joelho Eq. Mesmo após
alto de pintura apresentando 75% Debilidade.

CID: 583.1
583-7

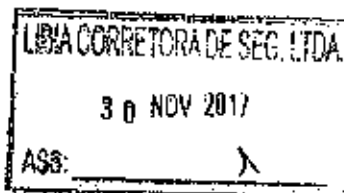
842.0

Senador Pompeu 27/10/17

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC - 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
172.870.903-25
Nome
JOSE ELIEUDO BEZERRA
Nascimento
16/09/1959

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ASS. _____
21 AGO 2017
LDBA/2007 - LEI 9.248/2013

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTeira DE IDENTIDADE

JOSE ELIEUDO BEZERRA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

99098111549
NOME
JOSE ELIEUDO BEZERRA

10/6/1999
DATA DE NASCIMENTO

SENADOR POMPEU-CE
CERT. NASC. 19163 L A/44 F
163 SENADOR POMPEU/CE

SENADOR POMPEU-CE
ASSINATURA DO DIRETOR

CÓDIGO DE CONTROLE
1FDD.23BA.8255.0843

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:24:04 do dia 30/11/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 172.870.903-25

Nome: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Data de Nascimento: 16/09/1959

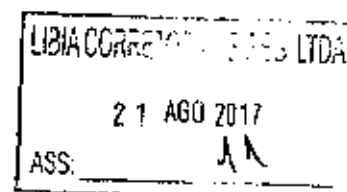
Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 16:24:51 do dia 17/08/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 18C8.C2B9.A7EA.B1E7



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
([/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp](http://Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp)).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

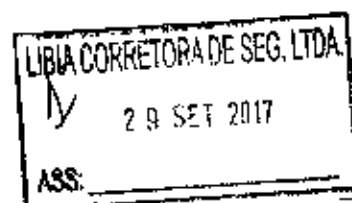
Praca da Juventude SM Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME: Sore Eliendo Bezerra

Atento para os dados para junto ao DPVAT que o paciente acima descrito foi vítima de acidente em 13/05/17 onde sofreu trauma intenso em ombro esquerdo onde foi submetido a tratamento clínico e cirúrgico com colocação de fixação, onde houve repetição e submetido a nova procedimento, além do tratamento com aparelho gerado em outro hospital. Onde após tratamento apenas falta de consolidação com bom sinal de consolidação. 75% Debilidade do ombro.

CID - S42.0 ; S63.0



Senador Pompeu 19/09/17



Dr. Fernando Higor

CRM: 12721



Ass. do Paciente ou Responsável Dr. Francisco Eudálio da Silva

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR



HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

P/ post Elienildo Bezerra

Da
CASA

① - Unissulide 100 mg 1 cx
Torus 0147 60 12/126 por 5 dias

② - Dexametozon 1mg 1 cx
Torus 0147 60 12/126 por 5 dias

13/08/17

Dr. SIAIRO
MÉDICO
CRM 10070

Rua Joaquim Nemezio Pinheiro, S/N - Centro - Milhã - CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
3 29 SET 2017
ASS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

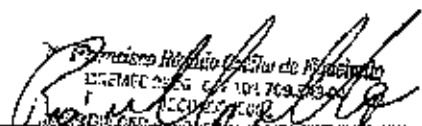


ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a), Jose Edivaldo Bezerra
recebeu atendimento medico em
____/____/____ com diagnóstico de: Fratura de clavícula

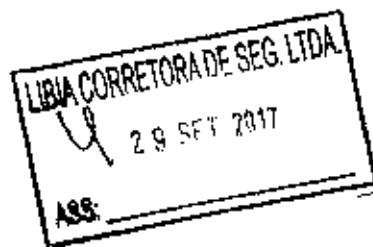
o (a) mesmo (a) está necessitando de: 60 (sessenta) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 13, 5, 17



MEDICO CRM

Alto do Boqueirão, s/n - Telefax (88) 3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim-Ce



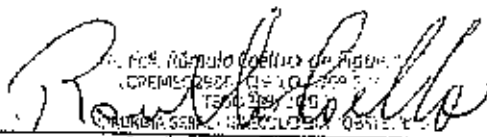


PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

ATESTADO

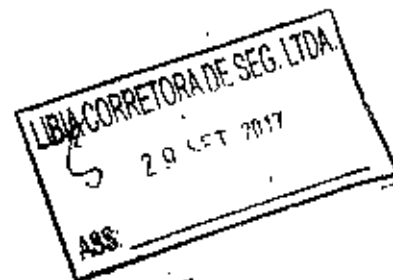
Atesto para os devidos fins que, José Eliando
Bezerra,
encontra-se sob cuidados médicos precisando afastar-se de suas atividades
profissionais no período de (90) dias por motivos Fratura da clavícula esquerda
e punho esquerdo
para tratamento de saúde, a partir de 21/7/17.

Milhã-CE, 21 de 7 de 17


Dr. Ronaldo Coelho da Silva
CREMEC 0527/15-10-1550-5
TEND 289/100
C.R.M. 0527/15-10-1550-5
Especialista em Medicina Geral

Médico CRM

Rua Joaquim Nemésio Pinheiro, s/n, centro - Milhã - CE

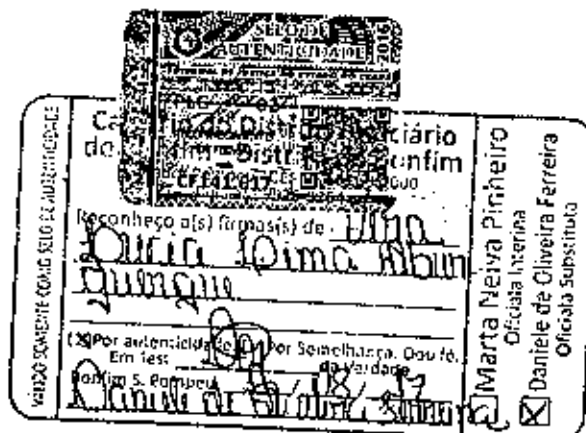




Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Marta Lucia Lima Albuquerque
 RG nº 2015065609-7, data de expedição 17/07/15, Órgão SSP/05 EE
 portador do CPF nº 950.463.053-72, com domicílio na cidade de
Senador Pompeu, no Estado de Rio Grande
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Distrito de Ecolici
 nº 512, complemento Zona 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 Sosi
Aluindo Bezerra, cujo o condutor no momento do
 acidente era Sosi Aluindo Bezerra.

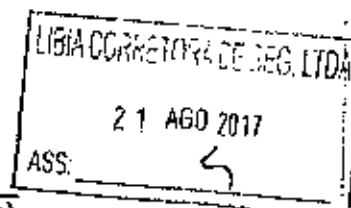
Veículo: Motocicleta
 Modelo: Yamaha/Factor VBR 125 E
 Ano: 2009/2010
 Placa: NVE 5756
 Chassi: 9E6KE1210A0036243
 Data do Acidente: 13/05/17



Local e Data: Senador Pompeu EE. 13/08/17

Marta Lucia Lima Albuquerque
 (Assinatura do Declarante)

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





PREFEITURA MUNICIPAL D
SECRETARIA MUNICIPAL D
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Documentação médica - hos



Nome do Paciente: <u>João Eliandro Bezerra</u>		OCORRÊNCIA Nº			
Cartão do SUS: <u>838003229752716</u> DN: <u>16.09.59</u>		35			
Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão
57	—	M	Estatual	Estado do Piauí	Agricultor
Endereço					Telefone:
<u>St. Vila Nova</u>					
Unidade de Emergência		Pai:			
Hospital J. L. P. Landim		<u>João B. Sobrinho</u>			
		Mãe:			
		<u>Olimpia Alves Bezerra</u>			
O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora	
☐ Andamento		Milhã	13.05.17	20:40hs	
☐ De Automóvel		☐ Acidente de Trabalho			
☐ Ambulância		Local			
☐ Aparentemente bem					
Queixa principal e Resumo da Doença Atual					
20:40h pôs nos currais, 57a chegou autocrada hospitalar após acidente auto mototrans (colisão moto/moto) não usou capacete. Alcoolizado. consciente, orientado, apresentando dor e limitação + deformidade da clavícula EAQ. ABO: Hg 10g/dl, RHA 40, uréia 10 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, TP 14s, TGO 12 U/L, TGP 15 U/L, bilirrubina 1,2 mg/dl, amilase 120 U/L, lipase 120 U/L, amilase urinária 120 U/L, lipase urinária 120 U/L, amilase urinária 120 U/L, lipase urinária 120 U/L.					
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	ECG: AC 4 RT 5 RM E.		
			Fratura fechada do Clavícula EA		
TRATAMENTO:					
① - Transf 1000g + 1000ml SF 0,9% EV. ② - Dexametasona 1mg IV 1ml + anal no IV. ③ - Imobilizar o braço EAQ.					
DESTINO DADO AO PACIENTE			Exames Complementares		
☐ Residência					
☐ Em Observação			Diagnóstico Definitivo		
☐ Encaminhado ao Ambulatório					
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade			Ass. do Médico		
☐ Óbito sem tratamento					
Ass. do Paciente ou Responsável					
<u>Francisca Eudisvania Lopes</u>					



HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

P/ post - Elencado Berman

^{2a}
Item 01

① - Nuvemalide 100g 1 cx
Lancs c/ep 60 12/12h por 5 dias

② - Dexametasona 1mg 1 cx
Lancs c/ep 60 12/12h por 5 dias

13/05/17

Dr. Cícero
MÉDICO
CRM 10079

Rua Joaquim Nemezio Pinheiro, S/N - Centro - Milhã - CE

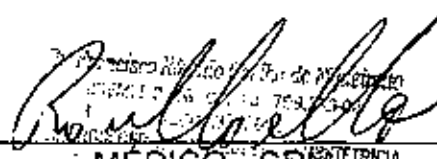
LIBIA CORRÊA DE SOUZA LTDA
21 AGO 2017
ASS:

ATESTADO

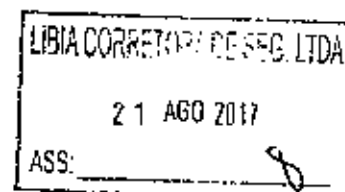
Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a) Jose Eliano Bezerra
recebeu atendimento medico em
____/____/____ com diagnóstico de: fratura de clavícula

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 60 (sessenta) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 13, 5, 17



MÉDICO - CRM





PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

ATESTADO

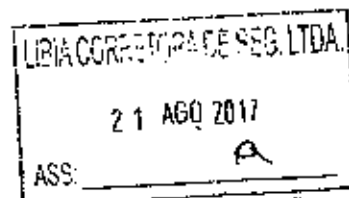
Atesto para os devidos fins que, José Eliando
Bezerra,
encontra-se sob cuidados médicos precisando afastar-se de suas atividades
profissionais no período de (90) dias por motivos Fratura da clavícula esquerda
e punho esquerdo
para tratamento de saúde, a partir de 21/7/17.

Milhã-CE, 21 de 7 de 17

Rômulo Coelho de Figueiredo
Dr. Fcº. Rômulo Coelho de Figueiredo
CREMESP/2580, CPF 10.779.511-16
TÉCNICO 2004-00
Cirurgia Geral - Ginecologia - Obstetrícia
Especial: cardiopulmonar, pediatria e geriatria

Médico CRM

Rua Joaquim Nemésio Pinheiro, s/n, centro - Milhã - CE





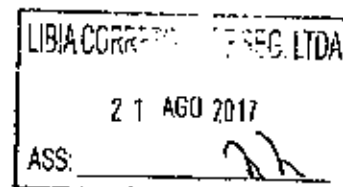
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Soci Elvando BezerraRG nº 99098331549, data de expedição 30/06/99, Órgão SSP-CE

CPF nº 579.270.903-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>São João Odegar</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>ZONA RURAL</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Itanhém</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989.0779</u> <u>(85) 98721.2741</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itanhém - CE 17/08/2017Assinatura do Declarante: Xyloptine de Melo BP 24

5226031-3

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

do 28 de abril de 2002
CompANHIA Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60135-000 - Fortaleza, CE
CNPJ 07.042.231/0001-70 | CGF 05.105.848-3

enel

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

469608995

Rota 31 14062 12 169000 - 2
Nome JOSE ELIEUDO BEZERRA
End. Postal ST OLMO DAGUA
MILHA - 63635000

Data de Emissão 15/03/2017

Medidor 7681643

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Setor de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 172870903-25

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Atas de
Atividade Data da Apresentação
Mar/2017 15/03/2017
13/04/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntura SEMALVAR FORTE
Mês Jan/2017 ELSI 7,08

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor de Imposto
(ISNT)

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC	7,67	15,34	30,69	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,59			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AFPS 7063,180,2040,2006,PER6,PTES,1300

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Unid. Atual	Unid. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consum. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
8211	8077	1,00	34	0,00	0,17062	0,17

15/03/17 13/04/17 30 DIAS

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL 17,05
 DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -10,59
 JUROS DO MES 0,01
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,72
 SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -19,88
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 12,69
 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,13)

VENCIMENTO 13/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	3,09
Transmissão	0,10
Distribuição	1,36
Enerxos Salariais	0,00
Tributos (PIS/COFINS)	1,15
TOTAL	7,19

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
50	34	52	50	55	49	50	50	46	50	50	50

CONSUMO CONSENTIDO - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica(%)
14,69	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Esta fatura refere-se a PIS e COFINS.

Mês de Pag. 11/03/2017 - ANEL e 10/03/17 a 10/03/17.

A Bandeira amarela de alerta de consumo, com custo de R\$ 2,00 e cada 100 kWh consumidos.

Mais informações em WWW.WHEEL.COV.BR.

LIBIACORREÇÃO S.A. LTDA.

21 AGO 2017

ASS:

Nº do Cliente: 5226031-3
 Data de Emissão: 15/03/2017
 Nº da Nota Fiscal: 469608995

Referência: Mar/2017
 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº de Controle: 0005226031 00052 39522 11

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE, em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

JOSE ELIEUDO BEZERRA

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

JOSE ELIEUDO BEZERRA

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

Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edilene Soares Rocha
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

21 AGO 2012

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Soci André Bezerra, portador da carteira de identidade nº 99098111549 e inscrito no CPF/MF sob o nº 179.870.903-95, residente e domiciliado na Sítio São João, Cidade Maricá, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

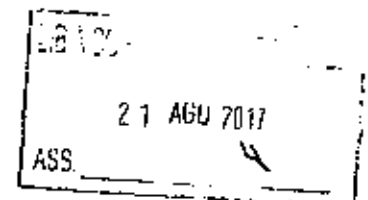
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maricá - PR 17/08/2017

Local e data





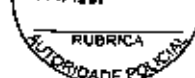
PREFEITURA MUNICIPAL I
SECRETARIA MUNICIPAL I
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Comprovação de ato declarat



Nome do Paciente: <u>João Ezequiel Bezerra</u>		OCORRÊNCIA Nº			
Cartão do SUS: <u>338003923752716</u> DN: <u>16.09.59</u>		35			
Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão
57	—	M	Estadual	Santa Helena	Agricultor
Endereço					Telefone:
<u>St. Vela Nova</u>					
Unidade de Emergência		Pai:			
Hospital J. L. P. Landim		<u>João B. Sobrinho</u>			
		Mãe:			
		<u>Olimpia Alves Bezerra</u>			
O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora	
☐ Andamento		Milhã	13.05.17	20:40hs	
☐ De Automóvel		☐ Acidente de Trabalho			
☐ De Ambulância		Local			
☐ Aparentemente bem					
Queixa principal e Resumo da Doença Atual					
20:40h pda musculoso, 57a chega mediante hospitalar após acidente auto motorista (colisão moto/moto) não usou capacete. Alcoolizado. Consciente, orientado, apresentando dor 1 limitação + deformidade da clavícula E.A. ABO: Fluido rosa, 10, urina - normal Tórax: Sufocado S/ abaulamento/ruídos AP: MVU (+) SINA BEIRAR 27 S/S					
DADOS CLÍNICOS		DIAGNÓSTICO			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	ECG: AC 4 R 5 RM E			
		Prófimo Fecharde do Eforador EA			
TRATAMENTO:					
① - Tramadol 100mg + 100cal SP 0,4V. 5V.					
② - Dexametasona 1mg/1ml + 9ml 10 IV.					
③ - Imobilizar o braço E.A.					
21/20					
Fca Jéssica Farias Oliveira COORDENADORA DE ENFERMAGEM COREN-CE 099149					
21 AGO 2017					
ASS: 3					
DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares			
☐ Residência					
☐ Em Observação		Diagnóstico Definitivo			
☐ Internado					
☐ Transferido					
☐ Encaminhado ao Ambulatório					
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade		Ass. do Médico			
☐ Óbito sem tratamento					
Ass. do Paciente ou Responsável					
<u>Francisca Eudiswânia Lopes</u>					

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR



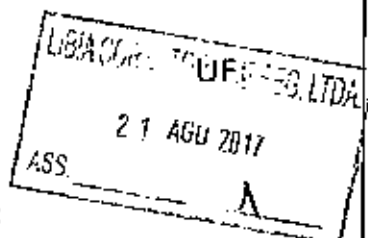
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1207 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/08/2017 09:00:11**
Data / Hora da Ocorrência: **13/05/2017 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO VILA NOVA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MILHA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ ELIEUDO BEZERRA**
Nascimento: **16/09/1959** CPF: **172.870.903-25**
RG: **99098111549** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **OLIMPIA ALVES BEZERRA**
JOSÉ BEZERRA SOBRINHO
Endereço: **RUA PITOMBEIRA**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **SENADOR POMPEU/CE** Telefone:
País: **BRASIL**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVF5756** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C6KE1210A0036243** Renavam: **258682418** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 E** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **VERA LUCIA LIMA ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu o noticiante para informar acidente de trânsito sofrido para fins de receber o seguro DPVAT; Que estava pilotando a moto e ia sozinho; Que estava entrando na BR 226 quando outra moto o abalroou; Que desmaiou devido a batida; Que acordou no Hospital de Milhã-CE; Que nesse Hospital apenas foi medicado e transferido para Quixeramobim-CE; Que no Hospital de Quixeramobim-CE foi feita uma operação para consertar sua clavícula do lado esquerdo, pois esta havia quebrado; Que seu organismo rejeitou o ferro que foi colocado para segurar sua clavícula; Que, por conta disso, foi necessário fazer outra cirurgia; Que do acidente, também, machucou o joelho esquerdo, vindo a ter seus nervos danificados o que causa uma dormência em sua perna; Que apresenta como testemunhas as pessoas de Vera Lucia Lima Albuquerque, RG nº 2015065609-7 SSP/CE e Josimar Alves Bezerra, RG nº 1694464-88 SSP/CE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

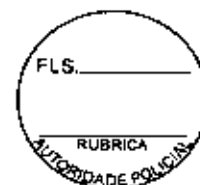
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SAMMY ALVES PASSOS - MAT.: 30111419

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



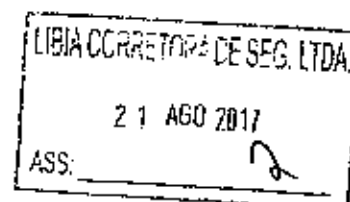
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1207 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170461149 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ELIEUDO BEZERRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO OLHO D'AGUA nº SN - ZONA RURAL - MILHA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 99098111549 - SSP**
Data local do exame: **08/12/2017 BOA VIAGEM/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Vítima com fratura da clavícula a esquerda

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Vítima submetido a tratamento ortopédico cirúrgico da clavícula a esquerda com osteossíntese da clavícula a esquerda. alta médica. evoluiu com limitação dos movimentos de flexão, extensão e rotação do ombro esquerdo.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

déficit funcional moderado do ombro esquerdo.

IV. Segundo o 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 seqüela 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

OMBRO 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%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, CONSTATAMOS QUE HOUVE AGRAVAMENTO - LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO- SEM COMPROVAÇÃO DE NEXO COM O ACIDENTE ATUAL

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 08/12/2017

Médico Perito: GUTENBERG MENDES FARIAS FILHO CRM:6087/CE

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Sociedade Fluido Branca
PORTADOR(A) DO RG Nº 9909811549 EXPEDIDO POR SSE-CE EM 10/06/99 E
CPF 179270903-95 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Empreendedor
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sociedade Fluido Branca, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

LIDIA CORREIA DE SOUZA LTDA
21 AGO 2017
ASS: 20

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6941-0

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

Fluido Branca de 17 de AGOSTO de 2017 LOCAL E DATA
Fluido Branca ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



LIBIA CORRETORES REG. LTDA.
21 AGO 2017
ASS: *21*

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Sinistro: 3170461149
Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA
Data do Acidente: 13/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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 3170461149** 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** 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, 21 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12136962

A/C: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Nº Sinistro: 3170461149
Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA
Data do Acidente: 13/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 000006941-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11874496

A/C: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Sinistro: 3170461149 ASL-0323709/17
Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA
Data Acidente: 13/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

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: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 000006941-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2017

Carta nº: 11784246

A/C: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Sinistro: 3170461149 ASL-0323709/17
Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA
Data Acidente: 13/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11555061

A/C: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170461149 ASL-0323709/17

Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Data Acidente: 13/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11569247

A/C: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170461149 ASL-0323709/17

Vitima: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Data Acidente: 13/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ELIEUDO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000006941-0

Nr. da Autenticação C808CEF412E701FF

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ELIEUDO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000006941-0

Nr. da Autenticação 9CCE2840242D1B8E



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

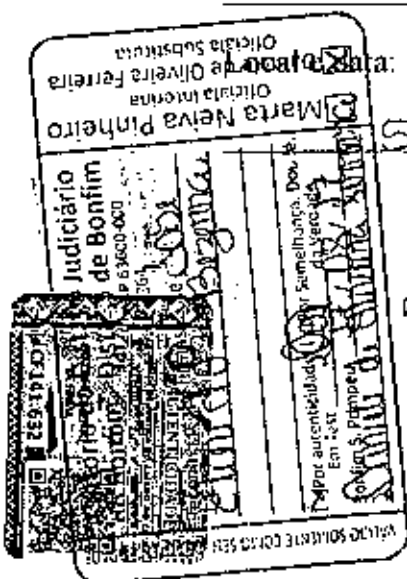
Nome: Soci Eluindo Bezerra
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 9909841549 CPF: 379.870.903-95
 Endereço: Sítio São Dagua
 Bairro: Zona Rural
 Cidade: Alfama CEP: 63.635-000

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional
 Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará,
 CEP: 63.600-000.

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, Soci Eluindo Bezerra.

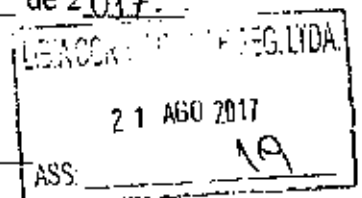


San. Pompeu CE, 37 de Agosto

de 2017.

Edilene Soares Rocha

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170461149

Cidade: Milhã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Data do acidente: 13/05/2017

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Vítima com fratura da clavícula a esquerda

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional moderado do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima submetido a tratamento ortopédico cirúrgico da clavícula a esquerda com osteossíntese da clavícula a esquerda. alta médica. evoluiu com limitação dos movimentos de flexão, extensão e rotação do ombro esquerdo.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/12/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR VÍTIMA INDENIZADA EM R\$2.835,00 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO. APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, CONSTATAMOS QUE HOUVE AGRAVAMENTO - LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO - SEM COMPROVAÇÃO DE NEXO COM O ACIDENTE ATUAL

Médico examinador: GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO

CRM do médico: 6087

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170461149

Cidade: Milhã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Data do acidente: 13/05/2017

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de clavícula a esquerda

Descrição do exame médico pericial: deficit funcional leve do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Vítima submetido a tratamento tratamento cirúrgico com osteossíntese de fratura de clavícula a esquerda. Alta definitiva. Ombro esquerdo com atrofia muscular com perda de força muscular do ombro esquerdo com limitação dos movimentos do ombro esquerdo.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/10/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS - acometimento da articulação sem sequelas em membro

Médico examinador: GUTEMBERG MENDES FARIAS FILHO

CRM do médico: 6087

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

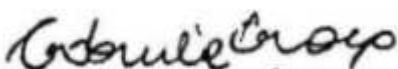
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Solicitação de reanálise do procedimento com sinistro de número 3170461149

JOSÉ ELIEUDO BEZERRA, já devidamente qualificado no procedimento em epígrafe, vem por meio desse documento, solicitar a REANÁLISE do procedimento administrativo com sinistro de número 3170461149, pelos motivos a seguir expostos:

De acordo com a análise feita pela Seguradora Líder, a indenização para a invalidez no caso em tela foi **pago abaixo do valor da tabela**. No entanto, tal valor não se adéqua às provas apresentadas no processo administrativo. Segundo relatório médico, fundamentado na documentação médica enviada.

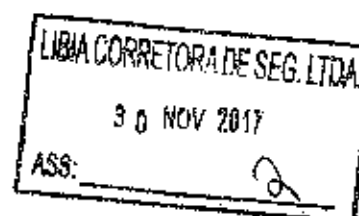
Segundo a tabela de DPVAT: tabela de indenização em função do grau de invalidez deve ser indenizada a perda da mobilidade da Perna Esquerda e Clavícula Esquerda, conforme diagnosticado são irreversíveis as lesões sofridas pela vítima, devendo ser indenizada conforme o seu grau de perda. Para tanto, solicito que seja **MARCADO** novo exame por perito cadastrado junto à Líder..

Assim, solicito a reanálise do presente processo para que seja indenizado o valor de acordo com a lesão comprovada.

Atenciosamente,

José Elieudo Bezerra

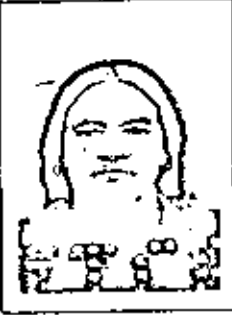
Senador Pompeu, 10 de novembro de 2017



PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Vera Lucia Lima Albuquerque

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2015065609 - 7

DATA DE EMISSÃO 17/07/2015

NOME VERA LUCIA LIMA ALBUQUERQUE

FILIAÇÃO ANTONIO MARTINS DE ALBUQUERQUE

MARIA LIMA ALBUQUERQUE

NATURALIDADE RORAIMA - CE

DATA DE NASCIMENTO 06/09/1970

DOC. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:9880 FOLHA:820

LIVRO:A-71 SENADOR POMPEU - CE

CPF 114.946.141-77

RG: ANT: 173522468

VIA 2

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2006

Outros



www.correios.com.br

CORREIOS

Novo

Cartão de identificação de uma pessoa em um documento de identidade

Cartão de identificação de uma pessoa em um documento de identidade

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

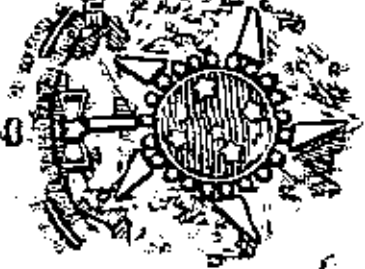
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

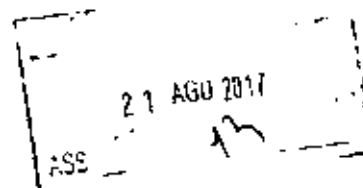
Nome VERA LUCIA LIMA ALBUQUERQUE

CPF 114.946.141-77

DATA DE NASCIMENTO 06/09/1970



PROPRIETARIO DO VEICULO



DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDILENE SOARES ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
291827694 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
650.734.873-20 01/02/1981

FILIAÇÃO
EXPEDITO MENDES ROCHA

**MARIA ZUILA SOARES
ROCHA**

PERMISSÃO

ACC

CAENHA

2009/2017

2009/2017

AB

1º REGISTRO
04675350149

VALIDADE
02/08/2017

1ª HABILITAÇÃO
20/06/2009

SEM OBSERVAÇÃO;

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

21 AGO 2017

ASS: *AN*

Edilene Soares Rocha

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
13/11/2012

FRANCISCO RILIO DIAS CAVALCANTI
ASSINATURA DO EMISSOR

30300304136
CE131779680

DETRAN-CE (CEARA)

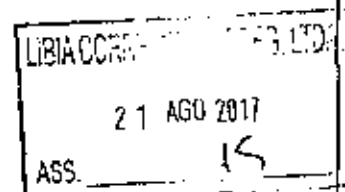
VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

631518333

PROIBIDO PLASTIFICAR

31518333

		COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ CNPJ 07.642.251/0001-70 - C.O.F. 06.105.846-3 Av. Barão de São Carlos 2917 Fortaleza/CE - CEP 60127-600	
Boleto para Pagamento			
Nº DO CLIENTE: 8553131 MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU NOME: EDILENE SOARES ROCHA ENDEREÇO: AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 - CENTRO		CE 83.600-000 650.734.873-20	
GRANDEZA		CÁLCULO	
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$
08/2017	10/08/2017	246	205,46
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 205,46
		Boleto para Pagamento MUNICÍPIO SENADOR POMPEU ROTA TOTAL A PAGAR 205,46 050.014000.08.00185500 83810000002-7 05460031000-0 00085531310-2 00011400264-9	
COMPROVANTE COELCE Nº DO CLIENTE 8553131			



**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

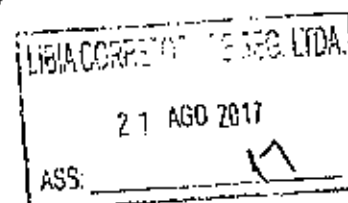
		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.409.016/0001-83 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 08/08/2016
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 85073487320			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA		NÚMERO 970	COMPLEMENTO
CEP 83.600-000	BARRIO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvat.enpm@ha@yahoo.com.br		TELEFONE (88) 9667-5407	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 08/08/2016 às 19:38:20 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 08/08/2016



Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial
 EDILENE SOARES ROCHA 65073487320
Nome do Empreendedor
 EDILENE SOARES ROCHA
Nome Fantasia
 JPE DPVAT
Capital Social
 R\$ 0,00
Nº da Identidade **Órgão Emissor** **UF Emissor** **CPF**
 291827694 SSP CE 650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente **Data de Início da Situação Cadastral Vigente**
 ATIVO 08/08/2016

Números de Registro

CNPJ **NIRE**
 25.409.016/0001-63 23-3-0251434-0

Endereço Comercial

CEP **Logradouro** **Número**
 63600-000 AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMARÁ 970
Bairro
 CENTRO
Município **UF**
 SENADOR POMPEU CE
Ponto de Referência
 DESFRONTE O HOSPITAL

Atividades

Data de Início de Atividades
 08/08/2016
Código da Atividade Principal **Descrição da Atividade Principal**
 82.19-9/99 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente
Código da Atividade Secundária **Descrição da Atividade Secundária**
 1 82.11-3/09 Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório, declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades econômicas e restrições ao uso de espaços públicos. O não-entendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado contém as inscrições: Alvará, Licença e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua obtenção está condicionada à verificação de sua autenticidade no Internet, no endereço: <http://www.consultamempreendedor.gov.br>.

O Certificado emite-se com base na Resolução nº 10 de 17 de dezembro de 2013, do Conselho para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM.

ATENÇÃO: Qualquer falsidade ou alteração invalidará este documento.

Para consultar o cadastro municipal ou municipal quando conveniências do usuário, acesse o sistema de consulta Alvará no endereço eletrônico: <http://www22.reeita.fazenda.gov.br/inscricaoemp/privado/pages/sol...>

Número do Recibo: ME98291727
Número do Identificador: 00065073487320

Data de Emissão:
 08/08/2016

