
Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180004760

Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Data do Acidente: 08/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004760**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180004760

Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Data do Acidente: 08/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180004760**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180004760

Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Data do Acidente: 08/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180004760**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Sinistro: 3180004760

Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Data do Acidente: 08/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

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 3180004760** 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, 06 de Março de 2018

Carta n°: 12472537

A/C: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Nº Sinistro: 3180004760
Vitima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ITALA MARIA SOCORRO LIMA

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: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002002

Conta: 0000011021-1

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 joelho 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



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, Jairis Antonio Alves Nogueira

PORTADOR(A) DO RG Nº 04588.91.35.75

EXPEDIDO POR Detran-CE

EM 24/09/15

CPF 026.168.543-09 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Empresário
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jairis Antonio Alves Nogueira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 415/2012, 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** ser apresentados:

SABEMOS SEGURODA S/A

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário 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 POUPIANÇA 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 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

20 JAN 2017

RECEBIDO

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, esertos 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2002 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11001-4

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2002 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11001-4

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.

Pacajus, 20 de Dezembro de 2016 Jairis Antonio Alves Nogueira

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERATIVA

AUTO-ATENDIMENTO: SAA, AG. PAAJUS
DATA: 02/12/2018 HORA: 10:34:51
TÉRMINAL: 20021013 CONTROLE: 200210100161

AGÊNCIA: 2002 - PAAJUS
CONTA: 013.00010021-1
CLIENTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

SABEMI SEGURADORA S/A
20 JAN 2017
RECEBIDO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTAS DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Autorização de pagamento

0014-

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 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	Nome completo da vítima
	062168543-09	LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA		062168543-09	AUTONIMO
Endereço		Número	Complemento
RUA: CELSO NOGUEIRA		786	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	PACAJUS	CE	62870000
email	Telefone (DDP) 85-992698805		
italalima45@gmail.com			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência da endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
2002	013	11021	1
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Agência	NRO.	DIV
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

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

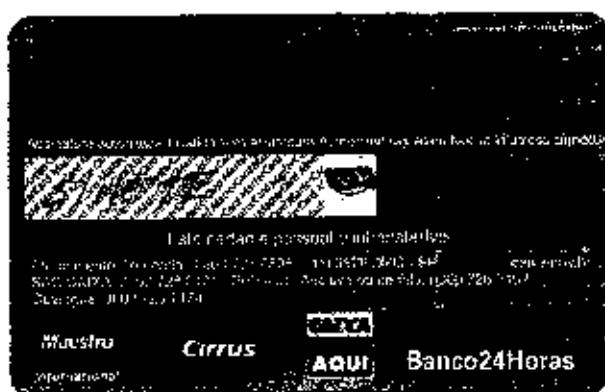
PACAJUS 07 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

2017
ENTRADA

Luiz Antônio Alves Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**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

Número do Sinistro: 3180004760
Nome do(a) Examinado(a): Luis Antonio Alves Nogueira
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Nogueira, 786
Centro Pacajus CE CEP: 62870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000015047041
Data local do acidente: [08/10/2016]
Data local do exame: [22/02/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CORTO-CONTUSO NO JOELHO E NA Perna DIREITA

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

Tratamento: REALIZADA RAFIA NO JOELHO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (15SS).

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 29/08/2017

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

LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO E CREPITAÇÃO

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

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

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

SEQUELA FUNCIONAL INCOMPLETA COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA

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 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 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):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 514 - 2969 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/10/2016 16:38:25**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2016 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **PACAJUS/CE**
Ponto de Referência: **DEMUTRAN**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA	SABEMI SEGURADORA S/A
Nascimento: 11/05/1988	CPF: 026.168.543-09
RG :	Orgão Emissor:
Filiação: MARIA NEZINHA ALVES NOGUEIRA	UF:
MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA	
Endereço: RUA CELSO NOGUEIRA, 832	20 JAN 2017
Bairro: CENTRO	CEP:
Município: PACAJUS/CE	RECEBIDO
País: BRASIL	Telefone: 9182-3471

Histórico

NARRA A VITIMA QUE VINHA TRANSITANDO EM SUA MOTOCICLETA; HONDA CG 125 FAN ES, QUE ESTÁ EM NOME DE ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120BR527432, COR PRETA DE PLACA NUY 2660; NA RUA CONEGO EDUARDO ARARIPE NO HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS, QUANDO EM FRENTE AO DEMUTRAN UM CARRO ATRAVESSOU A PISTA DA DIREITA PARA ESQUERDA, MOMENTO EM QUE NÃO TEVE COMO FREAR SUA MOTO VINDO A COLIDIR COM O VEÍCULO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ AO HOSPITAL MUNICIPAL DE PACAJUS, ONDE FOI CONSTATADO, CONFORME LAUDO, LACERAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM A MAIOR MEDINDO CERCA DE 18 CM, ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, DOR EM ARCOS COSTEOS A DIREITA.
NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAFAEL MESQUITA LANDIM - MAT.: 300483-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Luis Antonio Alves Nogueira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX SANDRO RODRIGUES MURADOR - MAT.: 300554-1-1



AMTP

AUTO DE INFRAÇÃO N°
37287
BOAT N°

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PIAUÍ

BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

DA OCORRÊNCIA

Local da Ocorrência: RUA - CN. EDUARDO ARARIPE N° 1136	Referência:	
Bairro: CENTRO		
Hora do Acidente: 10:10	Hora da chegada no acidente: 10:10	Data: 08/10/2016
Condições do tempo: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Chuva <input type="checkbox"/> Nebulosa <input type="checkbox"/> Garoa <input type="checkbox"/> Outro		
Condições da Via: <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Molhada <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Danificada <input type="checkbox"/> Em Obras <input type="checkbox"/> Outro		
Tipo de Pavimentação: <input type="checkbox"/> Terra <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto <input type="checkbox"/> Calçamento <input type="checkbox"/> Paralelepípedo <input type="checkbox"/> Outro		
Condições da Sinalização Semafórica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Com defeito <input type="checkbox"/> Desligado <input type="checkbox"/> Inexistente	SABEM SEGURADORA S/A	
Condições da Sinalização Vertical: <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Inexistente		
Condições da Sinalização Horizontal: <input type="checkbox"/> Boa <input checked="" type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Inexistente		
Classificação do Acidente:	Número de Vítimas:	20 JAN 2017
<input type="checkbox"/> Sem vítima <input checked="" type="checkbox"/> Com vítima <input type="checkbox"/> Fatal	<input type="checkbox"/> Mortos <input checked="" type="checkbox"/> Feridos	
Natureza do Acidente:		
<input type="checkbox"/> Col. Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Col. Lateral <input type="checkbox"/> Col. Traseira <input type="checkbox"/> Col. Transversal <input type="checkbox"/> Tombamento <input type="checkbox"/> Capotamento		
<input type="checkbox"/> Choque c/Obj. Fixo <input type="checkbox"/> Atropelamento de Pedestre <input type="checkbox"/> Atropelamento de Animal <input type="checkbox"/> Engavetamento	RECEBIDO	

DADOS DOS ENVOLVIDOS

CONDUTOR/VEÍCULO 01

Nome do Condutor: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Endereço:	<input checked="" type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> Não Habilidado
CNH: 04588913575	Validade CNH: 13/01/2017 Categoria: A UF: CE
Placa: NUV 2666 Marca: HONDA Modelo: PAN Cor: PRETA	Espécie/Tipo: PASSAGEIRO
Nome do Proprietário:	CPF/CNPJ:

Endereço:

Veic. Liberado ()

Para:

Veic. Recolhido/Depósito ()

CNH:

Categoria/CNH:

CONDUTOR/VEÍCULO 02

Nome do Condutor: RAIMUNDO LEONARDO DE QUEIROZ LEITE	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Endereço:	<input checked="" type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> Não Habilidado
CNH: 02188785088	Validade CNH: 28/04/2017 Categoria: AD UF: CE
Placa: MM 1370 Marca: CHEV Modelo: COBALT Cor: BRANCA	Espécie/Tipo: PASSAGEIRO
Nome do Proprietário: RAFAELA VANIA DE SOUSA RODRIGUES	CPF/CNPJ: 30219531315

Endereço:

Veic. Liberado ()Para: **CONDUTOR**Veic. Recolhido/Depósito ()

CNH:

Categoria/CNH:

DAS VÍTIMAS

VÍTIMA 01

Nome da Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Endereço:	Data Nascimento:
Ferimento: N/A	Condições da Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre
<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves <input type="checkbox"/> Fatais	Condução da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância/Hosp. <input type="checkbox"/> Veic.Particular/Hosp. <input type="checkbox"/> Outros

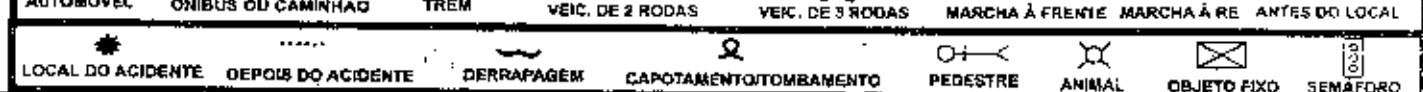
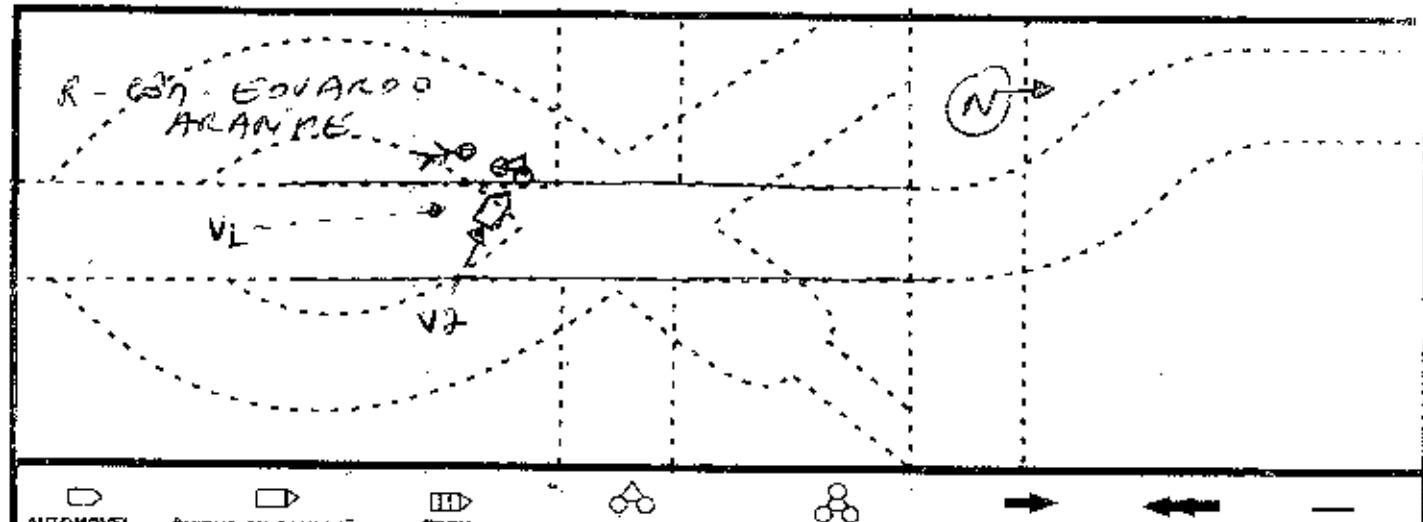
VÍTIMA 02

Nome da Vítima:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Endereço:	Data Nasc:
Ferimento: N/A	Condições da Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre
<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Graves <input type="checkbox"/> Fatais	Condução da vítima: <input type="checkbox"/> Ambulância/Hosp. <input type="checkbox"/> Veic.Particular/Hosp. <input type="checkbox"/> Outros

DAS TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 ()		Condutor/V2 ()
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:	Data Nascimento: _____	
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 ()		Condutor/V2 ()
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:	Data Nascimento: _____	
Fone: _____		

DIAGRAMA



MARRATIVA

Condutor do V1 NUV 2660, transava na
RUA ESTEVEZIO EDUARDO ARANHPE sentido NORTE
(VIA PREFERENCIAL), quando houve uma
COLISÃO com V2 PMM 1376.
OBS: V2 PMM 1376 tentou uma conversa
cara a esquerda para ESTACIONAR de
apoio esquerdo da via quando houve o
ACIDENTE

OBS: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA: AFETADA AO V1
NUV 2660 AMT- 230V Auto ne 37287 Remova veiculo

DETALHES DAS AVARIAS

Referente ao V1: PEQUENAS AVARIAS

Referente ao V2: AVARIAS DIANTEIRO LADO ESQUERDO
FAROL, PANCHEIRO

PERGUNTAS DE ATENDIMENTO (SIM/NAO)

Perito:	Motorista:	Placa:	Nº. Viatura:
---------	------------	--------	--------------

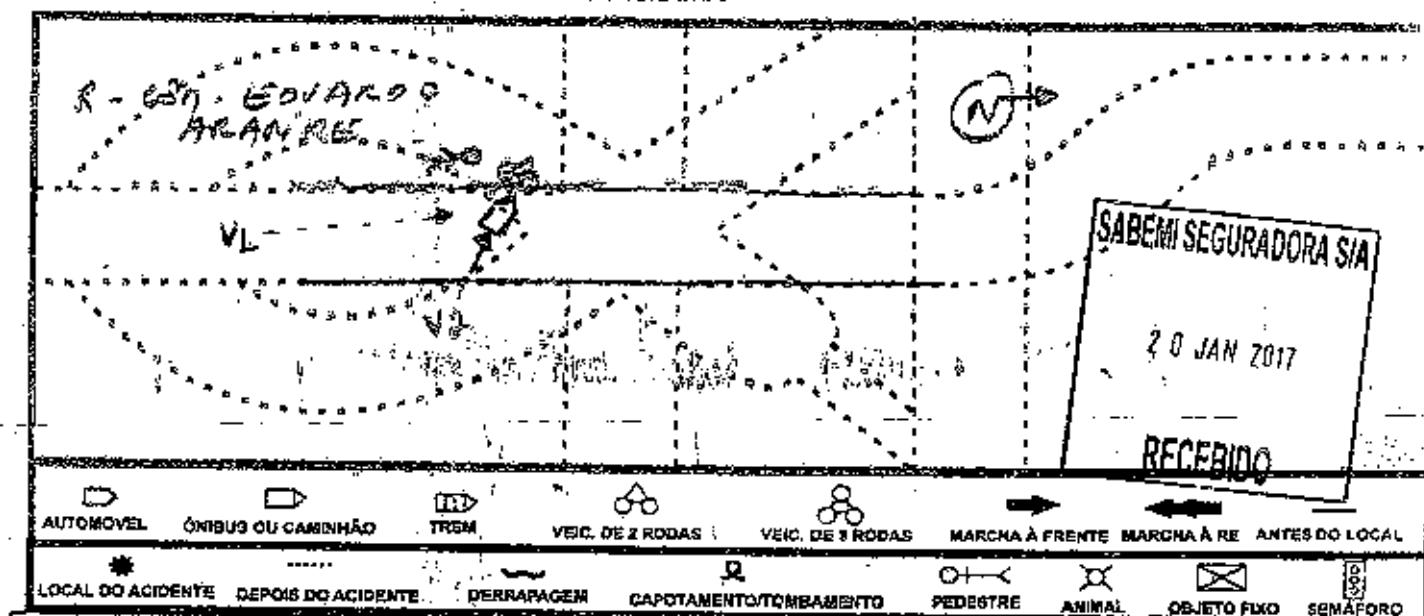
AGENTE DE TRANSPORTE CARREGADO DO ATENDIMENTO

Nome: At. NUNES	Matrícula: 5693	Assinatura:
Nome: At. VALMIR	Matrícula: 12987	Assinatura:

Jose Wilson Muniz de Souza
Supervisor de Trânsito e Transporte
AMTP - PACAJUSTRÂNSITO
Portaria Nº 521 - B/2015

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 ()		Condutor/V2 ()
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:	Data Nascimento:	
Nome:	RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:	Data Nascimento:	

DIAGRAMA



Condutor do V1 NUV 2660 TRANSITAVA NA AVA CONHECO EDUARDO ALDANPE SENTIDO NORTE (VIA PRÉFERNAL), QUANDO HOUVE UMA COLISÃO COM V2 PMM 1376.

OBS: V2 PMM 1376 TENTOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA PARA ESTACIONAR SEU V200 ESQUERDO DA VÍA QUANDO HOUVE O ACIDENTE

OBST: 2 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APLICADA AO V1 NUV 2660 AMT-230V Auto N° 37287 Remessa Volutiva

Referente ao V1: PEQUENAS AVARIAS

Referente ao V2: AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PANCADÃO

Perito:	Motorista:	Placa:	Nº Vlatura:
---------	------------	--------	-------------

Nome: At. NUNES	Matrícula: 5693	Assinatura:
-----------------	-----------------	-------------

Nome: At. VALMIR	Matrícula: 12987	Assinatura:
------------------	------------------	-------------

José Wilson Muniz de Souza
Supervisor de Trânsito e Transporte
AMTP - PACAJUSTRÂNSITO
Portaria N° 521 - 8/2015



AMTP

AUTO DE INFRAÇÃO N°
37257
BOAT INC

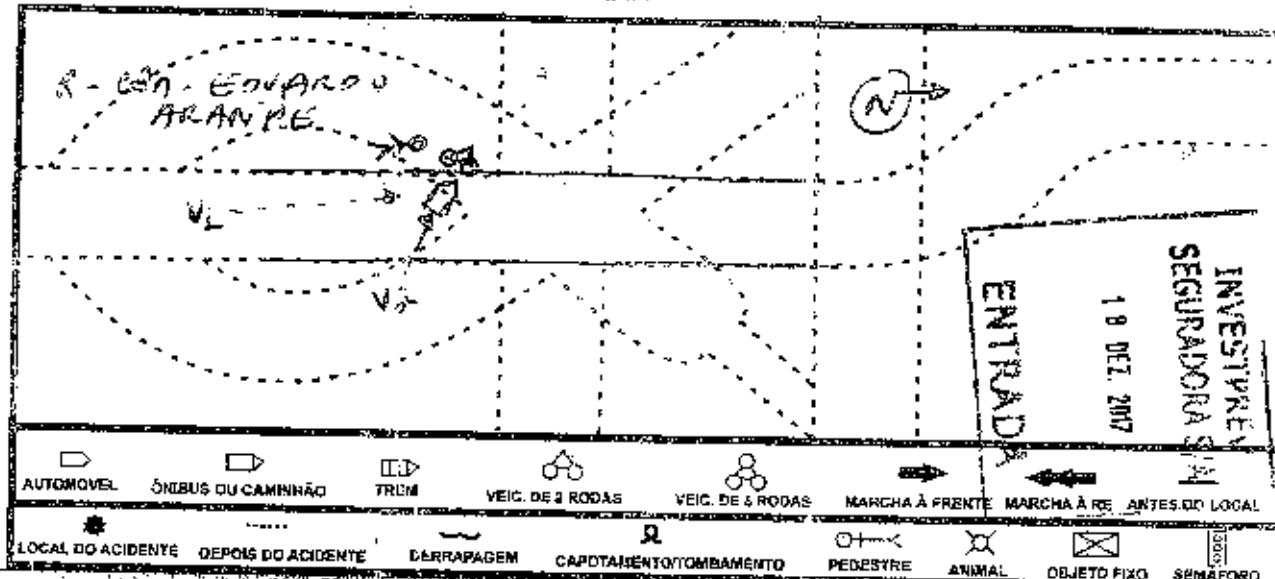
PRATIQUE

AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTE DE PACAJUS

BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

TESTEMUNHA 01 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Nome:	Endereço:		Data Nascimento:
			Fone:
TESTEMUNHA 02 Confirma versão: Condutor/V1 () Condutor/V2 ()		RG/CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino
Nome:	Endereço:		Data Nascimento:
			Fone:

DIAGRAMA



CONDUTOR DO V1 NUV 2660 TRANSITAVA NA VIA ESTRADA EDUARDO ARANDE SENTIDO NORTE (VIA PREFERENCIAL), QUANDO HOUVE UMA COLISÃO COM VEH FMM 1376. OBS: V2 FMM 1376 TENTOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA PARA ESTACIONAR AO LADO ESQUERDO DA VIA QUANDO HOUVE O ACIDENTE.

OBS: 1 - MEDIDA ADMINISTRATIVA APlicada ao V1 NUV 2660 ANO 2007 AUTO N.º 37287 (item 1)

DAS AVARIAS

Referente ao V1: PEQUENAS AVARIAS

Referente ao V2: AVARIAS DIANTEIRA LADO ESQUERDO FAROL, PARACHOCES

PERÍCIA CIVIL E ATENDIMENTO PESQUISA
Perito: Motorista: Placa: Nº. Viatura:

ACIDENTE E INCONEGGIDO DE ATENDIMENTO		
Nome: At. NUNES	Matrícula: 5693	Assinatura:
Nome: At. VALMIR	Matrícula: 12987	Assinatura:

Jose Wilson Muniz de Souza
Supervisor de Trânsito e Transporte
AMTP - PACAJUSTRÂNSITO
Portaria N° 521 - 8/2015

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Juvis Antônio Alves Nogueira, portador da carteira de identidade nº 04588913575 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.168-543-09, residente e domiciliado na Rua Celso Nogueira, 786, Cidade Pacajus, Estado Ceará, 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

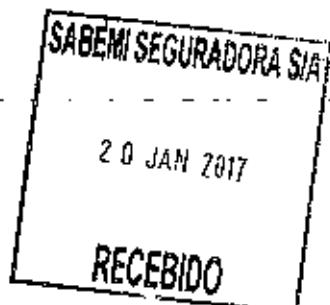
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

x Juvis Antônio Alves Nogueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Pacajus-CE 30.12.2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA	CPF da Vítima 02616854308	Data do Acidente 08/10/2016
---	-------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Itala Maria Socorro Lima	CPF do Representante Legal 35900504387
E-mail italalima45@gmail.com	Telefone (DDI) 85992698805

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 prejuízo 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 Invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

3170/3617893170/361789

INVESTIGA
SEGURADORA S/A
18/12/2017

ENTRADA

Pacajus 07 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

Luiz Antônio Alves Nogueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

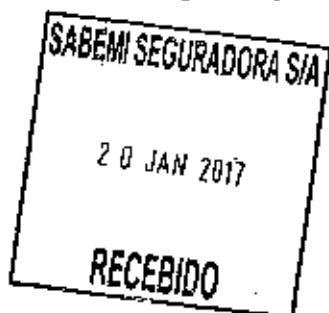
CERTIDÃO NARRATIVA

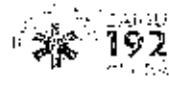
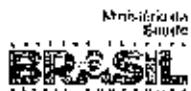
CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, portador do RG Nº 2000015047041 e inscrito no CPF sob o Nº 026.168.543-09, no dia 08/10/2016, às 10h23min, no município de PACAJUS - CE, na rua cônego Eduardo Araripe. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital José Maria Philomeno**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva - Ana Cristina Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 14 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ





CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA**, portador do RG Nº 2000015047041 e inscrito no CPF sob o Nº 026.168.543-09, no dia 08/10/2016, às 10h23min, no município de PACAJUS - CE, na rua cônego Eduardo Araripe. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital José Maria Philomeno**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 14 de outubro de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

INVESTIPREV
SEGURADORA S/A

18 DEZ. 2017

ENTRADA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02002

CONTA: 000000011021-1

Nr. da Autenticação 03B4E8FCFE334457

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jairus Antônio Alves Nogueira

RG nº 04588913575, data de expedição 24/09/15, Órgão Detran-CE

CPF nº 026.468.543-09, 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>Rua Celso Nogueira</u>
Número	<u>786</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pacajus</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62870000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8776-7188 / 8824-7477</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pacajus - CE 20.02.2016

Assinatura do Declarante: Jairus Antônio Alves Nogueira



3180004760

Comprovante de referência



4451403-4

Para utilizar seu equipamento: Utilize o nº poleg
informe que encontra no endereço abaixo.

Comprovante de referência
Rua Pedro Melo, 160
CEP 64010-020 | Fortaleza CE
CNPJ 01.047.25.0/0001-70 | CEP 64365-8433

codet enel

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B / SÉRIE B-4 | AP

Referência: 4451403-4 | Data de Emissão: 09/02/2017

Nota: 07 20030 10 168000 - 6
Nome: FRANCISCA LUCIANA NEPOMUCENO
End. Postal: RUA CELSO NOGUEIRA 00786
CENTRO - PACAJUS - 62870000

Medidor: 1301595
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RGV/CPF/CNPJ: 698870393-49

Posto: 0000 0000
Fator de Potência: 0,00
IDGF

Nome do Responsável:

DETALHAMENTO DA CONTA			DETALHAMENTO DO FORNECIMENTO						Vá o pagamento no valor desse item.		
Mês do Referente	Data de Apresentação	Previsão Previsão Letras	Vá o pagamento no valor desse item.						Conjunto	DATA	VALOR
Fev/2017 09/02/2017 10/02/2017			Conjunto	DATA	VALOR	Pedreiro Individual			Agrupado Individual		
Esco de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto				Mesm	Antec	Mesm	Thm	Antec	
10,48	127,03%	13,03	ÓIC	09/02/2017	10,48	5,55	11,10	2,20	0,13	2,65	6,66
			FIC	09/02/2017	0,37	6,66	3,22	1,09	2,00	4,08	
			DMIC	09/02/2017	3,20						

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

Let. Abrev. | Let. Abrev. | Conet. | Consumo (MWh) | Con. Inc. | Con. Fatur. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$)

1012	599	1.00	103	8,00	103	0,0000	10,48
------	-----	------	-----	------	-----	--------	-------

VALOR CONSUMO DO MES | JUROS DO MES | ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

10/12/16	12/01/17	22 DIAS	103	73,48

VALOR CONSUMO DO MES

73,48

JUROS DO MES

0,60

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

7,08

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

05 JAN 2017

ENTRADA

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

DECLARAÇÃO

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 Francisco Manoel Vitorino de Souza portador(a) do

RG nº 0429 7953694, expedido por Detran-CE, em

13/05/2013, CPF/CNPJ nº 14.832.388/0001-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jair

Antônio Alves Nogueira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

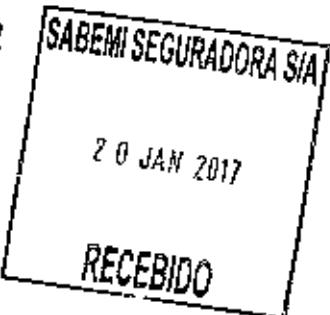
da vítima Jairus Antônio Alves Nogueira, e conforme

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

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios: Carteira profissional

Francisco Manoel Vitorino de Souza
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO





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 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 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 COAF².

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

²Conselho 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 ITALA MARIA SOCORRO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 359 005 043 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026 168 543 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026 168 543 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA CEL CICERO NOGUEIRA		356	A
Bairro CENTRO	Cidade PACAJUS	Estado CEARA	CEP 62870000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

PACAJUS, 14 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

15 DEZ. 2017

Itala M. Socorro Lima

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ANA PAULA FEITOSA DA SILVA, RG: 99025043233 data de expedição 03/05/2010, SSP-CE, portador do CPF: 019.476.773-65, com domicílio na cidade de Pacajus, no estado de Ceará, onde resido na Rua Celso Nogueira, N° 786, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA cujo o condutor era LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA.

Veículo: PAS/MOTOCICLO

Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES

Ano: 2011/2011

Placa: NUY-2660

Chassi: 9C2JC4120BR527432

Data do Acidente: 08/10/2016



Local e Data: 06/12/2016-Pacajus /CE

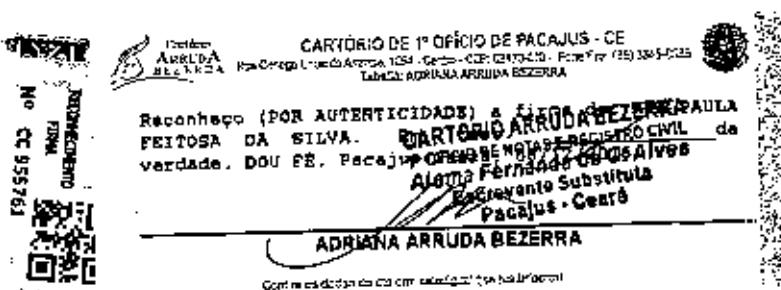


Ana Paula Feitosa da Silva

Assinatura do Declarante

Luis Antonio Alves Nogueira

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





Impresso

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA PAULA FEITOSA DA SILVA

RG nº 20090794057, data de expedição 1/1/16,

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 019.476.773.65, com
domicílio na cidade de PACAJUS, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CELSO NOGUEIRA, nº 00786,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA cujo o condutor era
LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA,

Veículo: **MOTO**

Modelo: **HONDA CG 125 FAN ES**

Ano: **2011**

Placa: **NUY 2660**

Chassi: **9C2JC4120BR527432**

Data do Acidente: **08/10/2016**

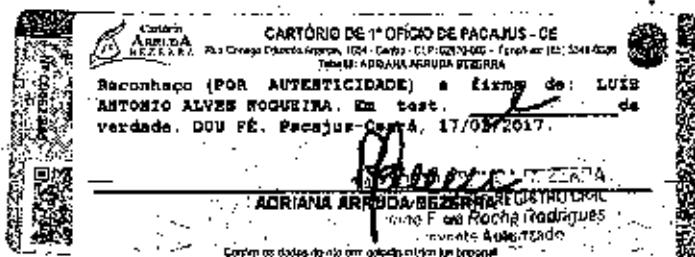
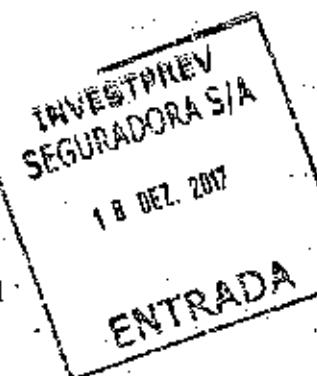
Local e Data: **PACAJUS 10/02/2017**



Assinatura do Declarante

Luis Antonio Alves Nogueira

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes



DATA ATENDIMENTO:

08/10/16

HORAS: 10:58

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE

Luis Antonio Alves Nogueira

DATA NASCIMENTO	IDADE	TELEFONE	SEXO	RAÇA COR
11/05/88	28	91691009	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA
DOCUMENTO		NATURALIDADE		<input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA

PAI: Marcilio Nogueira de Oliveira

MÃE: M^{rs} Nenzinha Alves Nogueira

LOGRADOURO (RUA, Avenida Travessa)

Rua - Celso Nogueira - 749

BAIRRO

Centro

ESTADO CIVIL
 SOLTEIRO(A) Viúva(A)
 CASADO(A) Outros(A)

PONTO DE REFERENCIA

AGENTE DE SAÚDE

CIDADE	U.F	SETOR/CLININA	MOTIVO DO ATENDIMENTO	
Pacajus	CE			
01	PROCEDIMENTOS:		CÓDIGO	CID
02				

SINAIS VITIAIS	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO
	mm.hg	°C	Kg

HISTÓRIA CLÍNICA

SABEM SEGUROADORA SIA

Rx menor cortar D

Rx mid

Rx mse

20 JAN 2017

RECEBIDO

Paciente vítima de colisão auto x moto, envolvida na moto d/ capote. Trasida pelo SAMU. Ficou preso em mid, com a maior medindo cerca de 18 cm. Extraindo em mse, dor em cruz cortar à direita.

S/ fraturas nos membros de meios.

S/ feridas, mas 2 micos na menor luxação.

B6, (1) L6, suposição

Transfuso sang PV

Yano Raimos Mendes
CRM 1738

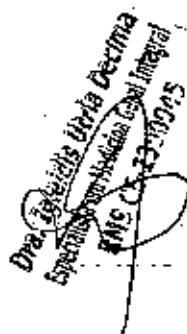
DIAGNÓSTICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

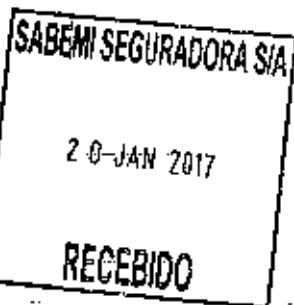
Atesto que Jair Onofre Alves
Hopueira
necessita de principe (15) dias de
Licença para tratamento de saúde.
CID S-81



Pacajus, 25/10/2016

Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz, 138 - Centro - Pacajus - Ce
cep.: 62870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.3487

GRÁFICA ENCAIXE (85) 33252-2431





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Ten. Joaquim Nogueira Lopes, 138 - Centro - Pacajus/CE
Cep.: 62.870-000 - Fone/Fax: (85) 3348.1834

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Luis Antônio Alves Nogueira

necessita de 15 dia (s) de licença

para Tratamento de Saúde.

CID: V29.8

- Pacajus-CE, 09 de 10 de 16

Luziano Ramon Mendes
CRM 17788
Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Luis Antônio Alves Nogueira

uso interno

vo oral

Cefalexine 500mg _____ 28grs

Toma 1gr de 6/6h. 7dias.

Ibuprofeno 600mg _____ 1gr

Toma 1gr de 6/6h. 5dias.

08/10/16

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n
Centro - Pacajus / FONE/FAX: (65) 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br

Lúdiano Ramos Magalhães
CRM 17.280

SABEMI SEGURADORA S/A
20 JAN 2017
RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: <u>Adilson G. C. de Souza</u>	
CRM: <u>6848</u>	UF: <u>PA</u> N°: <u>6848</u>
Endereço Completo e Telefone: <u>Branco de Francisco</u>	
Cidade: <u>PA</u>	UF: <u>PA</u>

Identificação do Emissário	
CRM: <u>6848</u> N°: <u>6848</u>	
Assinatura: <u>Adilson G. C. de Souza</u>	
Carimbo e assinatura do médico	

Paciente: Adilson Antônio Nogueira

Endereço: R. Celso Nogueira 789

Prescrição: O Rilocina Spray — 10ml

lavrar far nas lesões ate'

03 vezes dia

Adilson G. C. de Souza

Pacajus

11.10.16

Clinica Adilson

Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Ident.	Órg. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: <u>11/10/16</u>	

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n Centro - Pacajus | FONE/FAX: (85) 3348.1834
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br

SABEMI SEGURADORA S/A	
20. JAN 2017	
RECEBIDO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes



DATA ATENDIMENTO:
08/10/16 HORAS: 10:30

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE

Luis Antônio Alves Nogueira

DATA NASCIMENTO
11/05/88

IDADE
28

TELEFONE

91 691009

SEXO

M F

RACA COR

BRANCA

AMARELA

PRETA

PARDAS

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO(A)

Viúva(A)

CASADO(A)

Outros(A)

DOCUMENTO
2000015047041

NATURALIDADE

Marcio Nogueira de Oliveira

PAI

Ma Nenzinha Alves Nogueira

MAE

Rua Celso Nogueira - 749

LOGRADOURO (RUA, Avenida TRAMASSI)

BAIRRO

Centro

PONTO DE REFERENCIA

AGENTE DE SAÚDE

CIDADE

Pacajus

UF

SETOR/CLINICA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

ORDEM

PROCEDIMENTOS:

CÓDIGO

CID

01

02

SINAIS
VITrais

PRESSÃO ARTERIAL

mmHg

TEMPERATURA

°C

PESO

13

HISTÓRIA CLÍNICA

Kx maior corte D

Lx mid

Lx msc

INVESTIGATIVO
SEGURADORA SA

18 DEZ. 2011

Acidente vitioso de corte mid x msc, entro na mão de si
capote. Trasado p/ SAMU. Incisões em mid com a maior
medida cerca de 18 cm. Fracassar em msc, dor em área corte
à digito. com fratura.

S/ fratura no dedo de msc.

S/ dor, em 2 mscs na maior lesão.

Pres. (Lote), exp. 38

Fratura (Lote)

Fratura em dedo e perna esquerda

DIAGNÓSTICO

ENTRADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital José Maria Philomeno Gomes

DATA ATENDIMENTO:
08/10/16 HORAS: 10:58

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE		Luis Antonio Alves Nogueira					
DATA NASCIMENTO	IDADE	TELEFONE	SEXO	RAÇA COR			
11/05/88	28	91691009	M	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> BRANCA	<input type="checkbox"/> AMARELA	
DOCUMENTO	NATURALIDADE				<input type="checkbox"/> PRETA		
2000015047041					<input type="checkbox"/> PARDA		
PAI:	Marcelo Nogueira de Oliveira						
MÃE	Má Nenzinha Alves Nogueira						
LOGRADOURO (RUA, Avenida Traversa)	Rua Celso Nogueira - 749						

BAIRRO

Centro

PONTO DE REFERENCIA			AGENTE DE SAÚDE		
CIDADE	U.F	SETOR/CLINICA	MOTIVO DO ATENDIMENTO		
Pacajus	CE				
ORD.	PROCEDIMENTOS:		CÓDIGO	CID	
01					
02					
SINAIS	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO		
VITAIS	mmHg	°C	Kg		

HISTÓRIA CLÍNICA

Kt visor contam 0

Rx mid

Rx msc

INVESTIGAC
SEGURADORA S/A
18.02.2017

ENTRADA

Presente visão de colorido ruim e ruim, entrou no ato de caporte. Trazido pelo SAMU, comonias em mid, com a maior medida cerca de 18 cm. Examinar em msc, dor em visor direito, com trauma.

S/ lesões nos olhos de visão.

Silva, em 2 mscs na maior lucidez.

Bel. (1) C/te, suprêm.

Tratado (1) msc

DIAGNÓSTICO: Visão em gotas e pezinho queimado.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente

Luis Antônio Alves Nogueira

ATESTO PARA O FIM DE
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO QUE O
PACIENTE SUMAÇA TAVO SOFREU
ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM COLI-
SÃO LATERAL DIREITA SEM EMBALO
DEIXANDO SEVERA NEUROLOGIA COM
DOR NA Perna DIREITA, A MESMA
APENAS MANTENDO DIMINIGA DA
SIBILIDADE E CICATRIZ CRIADA
DE GRANDE MONTA DESDE O ACIDENTE.

CID 10 - R202
~93.0
01.3

29/08/2014

Dr. Sam Martini Iatello
Médico CRM: 1670
Deus é Fiel

Rua Tenente Joaquim Nogueira da Cunha, 101 - Centro - Pacajus - PA - Fone/Fax: (65) 3348-1630
E-mail: samsmedicinapacajus@yahoo.com.br

ENTRADA

()Raio X ()Ultra-som ()Eco ()Sangue ()Urina ()Outros:

OBSERVAÇÃO: () até 24hs / () Alta / () Transferência Data e Hora:

PARA O RITO

ANTES DO 1º ATENDIMENTO SIM NÃO

DESTINO DO CORPO: Entregue à Família N/A Autópsia/Perícia

Assinatura do Paciente/Responsável:

PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Ten. Joaquim Nogueira Lopes, 138 - Centro - Pacajus/CE
Cap.: 62.870-000 - Fone/Fax: (65) 3348.1834

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

ATESTADO MÉDICO

Testo que Seis Antônio Alves Nogueira

necessita de 15 dia (s) de licença
para tratamento de Saúde.

CRM: 1298

Pacajus-CE, 08 de 10 de 16

Luciano Ramon Mendes
CRM 1298
Assinatura do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

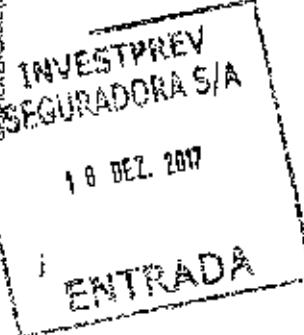
Atesto que José Orlando Lopes
Lopes
necessita de 15 dias de
Licença para tratamento de saúde.
CID 381



Pacajus-25/10/2016

Rua Tom. Joaquim Nogueira da Quiroz, 138 - Centro - Pacajus - Ce
cep.: 62870-000 - Fone/Fax: (65) 3348.3487

GERÊNCIA ENTRADA (65) 3352-2431





FRESCUTURA MUNICIPAL DE FRESAUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SISTEMA ÚNICO DE SAUDE - SUS

RECEITUÁRIO

Presente

JVÍS Antônio Alves Negreiros

ARRESTO PARA O FIM DE
BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO QUE O
PACIENTE SUMINISTRAU SOFREN
ACIDENTE DE MOTO COM COLI-
SÃO LATERAL DIREITA SEM CAVO
DEIXANDO SEGUINTE NEUROLOGIA COM-
DOR NA PERNAS DIREITA, A MESMA
APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA SENS-
IBILIDADE E CICATRIZ CRUZADA
DE GRANDE MONTA DESDE 08/10/2016.

CID 10 - R20.2
T93.0
O10.3

Dr. Sérgio Martins Larelli
Médico / CRM: 1670
Deus é Fiel

29/08/2017

Rua Frei Galvão, 1000 - Centro - Parápolis - MG
Fone: (35) 3233-0000 / 3233-0001 / 3233-0002

INVESTIGAÇÕES
SEGURADORA S/A

19 JAN. 2018

ENTRADA

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: LUIZ ANTONIO ALVES NOGUEIRA

DOC. IDENTIDADE/CPF: 2000015047041 997 CR

DATA DE NASCIMENTO: 026.168.543-09 11/05/1968

PAI: MARCILIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA

MÃE: MARIA NENZINHA ALVES NOGUEIRA

SEXO: MASCULINO

ESTADO: RIO GRANDE DO NORTE

UF: RN

DATA DE EMISSÃO: 22/09/2020

VALIDADE: 09/06/2011

CPF: 04588913575

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1158455000

Documento de identificação
0012

DESCRIÇÃO: BEM OBSERVAÇÃO:

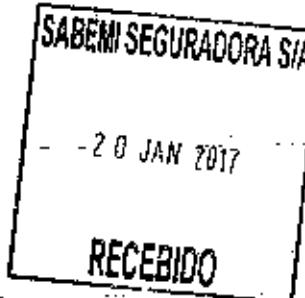
Assinatura do portador:

LOCAL: PORTALEZA, CR

DATA EMISSÃO: 24/09/2015

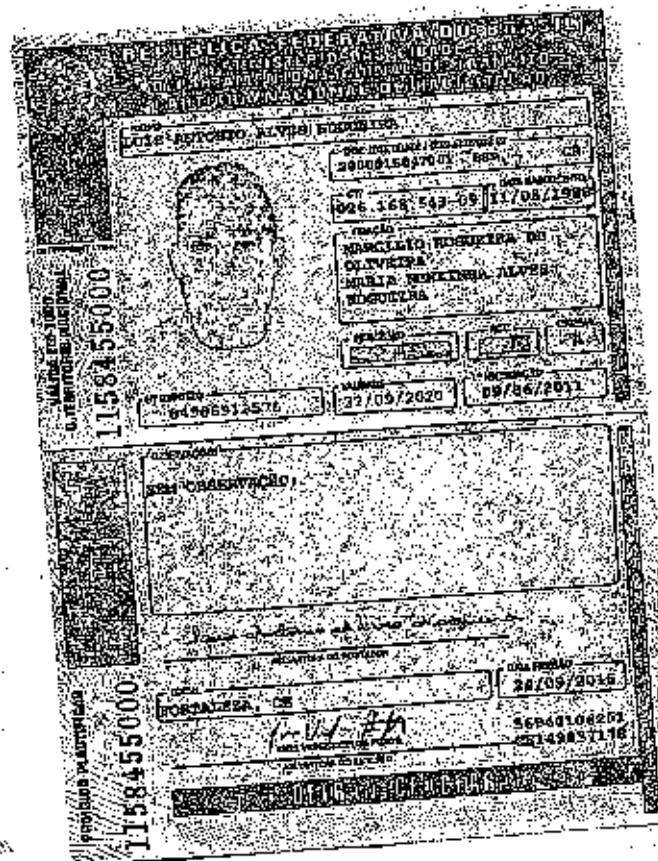
IGNOR NOGUEIRA NOGUEIRA 56940104251
SECRETARIA DO CIDADÃO CR149837178

1158455000





700127



ENTRADA

18 DEL 2007

INVESTIREV
SEGURO S.A.

PLÁSTICO
1548474813

VALIDO EN TODO
EL TERRITORIO NACIONAL
1548474813

ESTA TARJETA NO ES UNA
MONEDA NI UNA TARJETA DE CREDITO

PROPIEDAD DE LA REPUBLICA
DE COLOMBIA

RE

ESTA TARJETA NO ES UNA
MONEDA NI UNA TARJETA DE CREDITO

RE



Certificado de Condão de Microempreendedor Individual
Identificação

Nome Empresarial

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA 84454172315

Nome do Empresário

FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA

Nome Fantasia

MARCILIO ASSESSORIAS

Capital Social

30.000,00

Nº da Identidade Órgão Emissor UF Emissor CPP

98025012283 SSP CE 844.541.723-15

Condão de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente Data de Início da Situação Cadastral Vigente

ATIVO 05/01/2012

Números de Registro

CNPJ NIRE

14.832.388/0001-00 23-8-0047499-5

Endereço Comercial

CEP Logradouro Número

62870-000 RUA GUARANY 703

Bairro

CENTRO

Município UF

PACAJUS CE

Atividades

Data de Início de Atividades

05/01/2012

Descrição da Atividade Principal

Código da Atividade Principal Descrição da Atividade Principal
82.19-9/99 Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

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 domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação da sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldoempreendedor.gov.br/>

Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM.

ATENÇÃO: qualquer rasura ou erranda invalidará este documento.

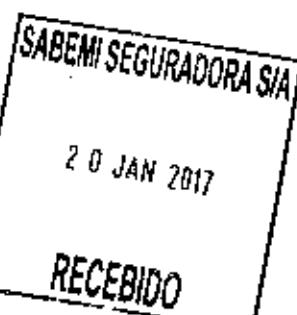
Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico

<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cpi/consulta.asp>

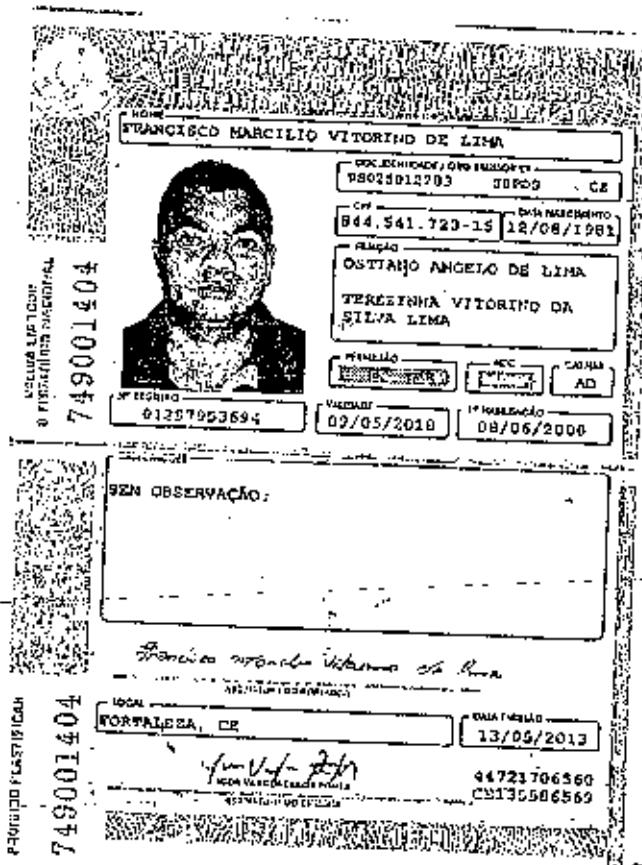
Número do Recibo:	IME87900421
Número do Identificador:	14832388000100

Data de Emissão:

15/12/2016



RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A
20 JAN 2017
RECEBIDO

Esta é a sua conta de
NOV/2016

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

IDENTIFICANTE 4451403 DV 4

VENIMENTO 21/11/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 86,16

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

End. da Unidade Consumidora RU CELSO NOGUEIRA 00786 CENTRO PACAJUS 62870000

RG / CPF / CNPJ 698.870.393-49 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

691	585	1	106	0	106
Quantidade	Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Faturado

DESCRIÇÃO DA CONTA

106	0,71851	76,16
Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
12/11/2016	14/12/2016

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EB7C.5C36.4127.1F20.7B52.AF42.235D.D485

ICMS

Base do Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
76,16	27%	20,56

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	32,97
TRANSMISSÃO	0,82
DISTRIBUIÇÃO	11,49
ENCARGOS SETORIAIS	5,77
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	25,11

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

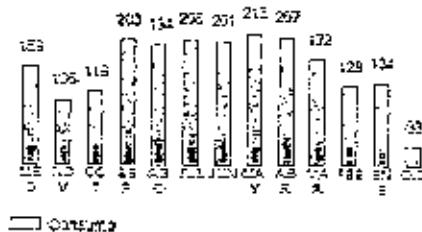
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 45,52

Conjunto: PACAJUS

Mês: SET/ 2016

Padrão Individual	Apuração Individual	Mensal		Trimestral		Anual	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,2	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 4451403-4 Nº da Nota Fiscal: 453528296 Total a Pagar (R\$): 86,16
Data de Emissão: 05/12/2016 Referência: NOV/2016 Nº de Controle:

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JAN 2017

RECEBIDO

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170055148 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA **Data do acidente:** 08/10/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: laceração em mid + escoriações

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004760 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA **Data do acidente:** 08/10/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO NO JOELHO E NA Perna DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO E CREPITAÇÃO

Resultados terapêuticos: LESÃO LIGAMENTAR COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE DO JOELHO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Victor R. Reynaux Borba'.

PROCURAÇÃO

Producción
2002/03

OUTORGANTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA, brasileiro, casado, empresário, portador do CNH: 04588913575 e CPF/MF: 026.168.543-09, Residente e domiciliado na Rua Celso Nogueira, N° 786, Bairro: Centro-Pacajus-CE, no estado do Ceará, CEP: 62870-000 Telefones (85) 8776-7188 (85) 9193-1375 (85) 8824-7477.

OUTORGADO: FRANCISCO MARCILIO VITORINO DE LIMA, CNPJ: CPF: 14.832.388/0001-00, Com Endereço profissional na Rua Guarani, N° 703, Bairro: Centro, na cidade de Pacajus no estado do Ceará.

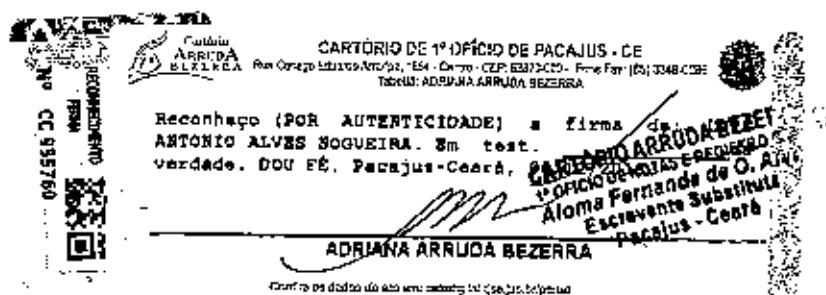
PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder do DPVAT e a Susep.

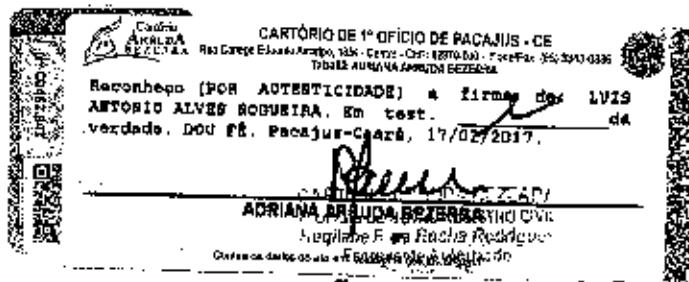
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pacajus-CE, 06 de Dezembro de 2016.

~~shows contours of the Vegetation~~

OUTORGANTE





OUTORGANTE: LUIS ANTONIO ALVES NOGUEIRA
Brasileiro(a), Estado Civil: CASADO, Profissão: RECUSO, RG
Nº 2000015047041, CPF/MF: nº 026.168.543.09, residente e
domiciliado(a), Rua: CELSO NOGUEIRA
nº 00786, Complemento: CASA, Bairro: CENTRO
Cidade: PACAJUS CEARA, Estado: RS CEP: 62870 - 000.

OUTORGADO: ITALA MARIA SOCORRO LIMA, brasileiro(a),
Estado Civil: SOLTEIRA Profissão: RECUSOU
CPF: 359.005.043.87 Endereço: CEL CICERO NOGUEIRA
nº 00356 complemento CASA B
Bairro: CENTRO CEP: 62870 - 000 Cidade: PACAJUS, Estado do RS.
Fone: (85) 3348-3717 e 85 9926-8805
E-MAIL:

PODERES: Concede amplos poderes para: montar e enviar seu processo de
dpvat, podendo o mesmo, assinar, preencher formulários, receber
correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone. Ter acesso
a todo o processo administrativo, acompanhar o andamento, contestar
exigências junto a **SEGURADORA LIDER e SUSEP (Superintendência
dos Seguros Privados)**, quando for o caso. E da mesma forma, retirar junto
aos órgãos públicos documentos pertencentes ao outorgante, tais como
Policia Civil, Policia Militar, Policia Rod. Federal, Policia Rod. Estadual,
Bombeiros, Hospitais, Clinicas, Samu e outros que se façam necessário para
o bom andamento do processo. Desde já fico ciente que não irei procurar
outros, que tenha a mesma finalidade, do objeto da procuração.

INVESTIGADA
SEGURADORA S/A
8 DEZ. 2017
ENTRADA

PACAJUS, 11 de FEVEREIRO de 2017.



Luis Antônio Alves Nogueira

OUTORGANTE