

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11792824

A/C: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540099 ASL-0384544/17

Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Data Acidente: 18/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2017

Carta nº: 11811874

A/C: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Sinistro: 3170540099 ASL-0384544/17
Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ
Data Acidente: 18/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11852347

A/C: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Sinistro: 3170540099 ASL-0384544/17
Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ
Data Acidente: 18/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005456-9

Conta: 000004572-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

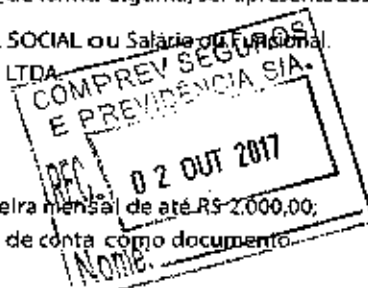
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008990809-5 EXPEDIDO POR SSPDS - CE EM 27/01/15 E
CPF 620465063-75 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE
E RENDA MENSAL DE R\$ SIN PAGA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MIZUEL P. DE QUEIROZ, 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 Pensão;
- 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 Lotéticas 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 54569 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4572-1

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.

MIHA-CE, 27 de setembro de 2017 Mizuel Paulo de Queiroz
LOCAL E DATA 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.dpvat.segurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Início TRANSFERÊNCIAS Transferências DOC - Transferências até R\$4.999,99

HORÁRIOS E LIMITES

Verificação da remessa de DOC eletrônico - Tipo E

01 02 CONFIRMAÇÃO

03

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem:

Conta origem:

Conta destino: 5456-9 / 4572-1

Banco: 237-BANCO BRADESCO S/A

Valor a ser transferido:

Tarifa de emissão de DOC:

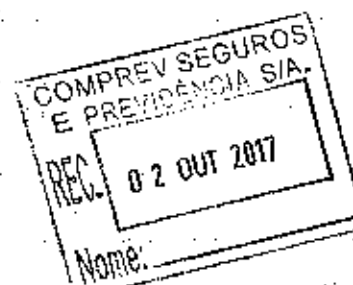
Valor total a ser debitado:

Destinatário: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ

CPF/CNPJ destinatário: 620.465.063-75

Finalidade: 99-Outros

Identificação da transferência:



**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

Nome do(a) Examinado(a): Mizael Paulo de Queiroz
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Aurino Pinheiro, 5 Zona Urbana
Caixa D Agua Vila Soares CE CEP: 62635-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20089908095
Data local do exame: [18/10/2017] Boa Viagem [CE]

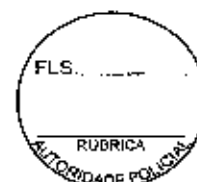
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FX DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO**
BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO
- 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
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- 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
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO PUNHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO
Data da alta: OUT/2017
IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA (20SS). APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO
Complicações: SEM
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(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.
PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- 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 sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- 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): |
| PUNHO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- 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 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

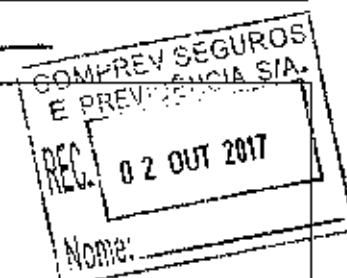




BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1268 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/08/2017 09:20:58**
Data / Hora da Ocorrência: **18/07/2017 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BAIXA VERDE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MILHA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO JOSÉ PEDRO DE LIMA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MIZAEL PAULO DE QUEIROZ**
Nascimento: **04/12/1998** CPF: **620.465.063-75**
RG: **20089908095** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUIZA DE JESUS QUEIROZ**
FRANCISCO PAULO DE QUEIROZ
Endereço: **SÍTIO DIST. MONTE GRAVE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MILHA/CE** CEP: **63.635-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

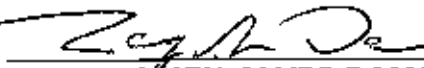
1) Placa: **HYN9407** Uf: **CE** Município: **MILHA** Chassi:
9C2KC08508R120277 Renavam: **990143953** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MIZAEL PAULO DE QUEIROZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

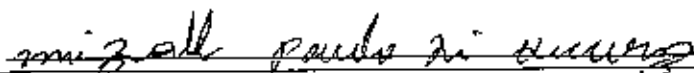
Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, para fins de solicitação de Seguro DPVAT, que na hora, dia e local acima informados que JOSÉ CARLOS CAMPELO conduzia a motocicleta acima identificada, tendo como garapeiro MIZAEL PAULO DE QUEIROZ, quando o pneu dianteiro da moto estourou, provocando a queda de ambos, porém o garapeiro sofreu danos consideráveis; Que a vítima MIZAEL PAULO DE QUEIROZ fora socorrida por um carro que vinha passando e foi levado ao Hospital Municipal João Leopoldo Pinheiro Landim, onde recebeu atendimento médico; Que o noticiante apresenta cópias dos seguintes documentos: RG, CPF, CRLV, comprovante de residência, ficha de atendimento hospitalar, atestado médico, receituário médico, CRLV da motocicleta, RG, CPF, CNH e comprovante de endereço de duas testemunhas. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

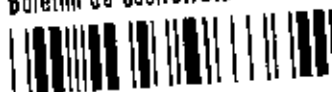
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:





01



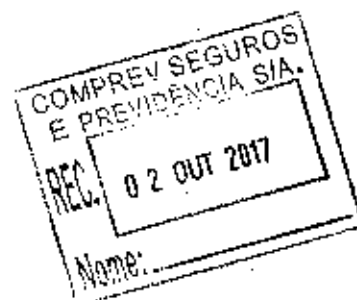
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1268 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MEZAEZ PAULO DE OLIVEIROZ, portador da carteira de identidade nº 2008990809-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 620465063-75 residente e domiciliado na RUA JOSE AVRINO PINHEIRO Cidade MILHA Estado CEARA 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.

Declaração de inexistência de IML



mezael paulo de oliveiroz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MILHA-CE 27/09/17

Local e data



04



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

Nome do Paciente: <u>Miguel Paulo de Oliveira</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>2</u>
Cartão do SUS: <u>898003313816928</u> ON: <u>04.12.98</u>	
RG: _____	

Idade <u>18</u>	Cor <u>-</u>	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Solteiro</u>	Naturalidade <u>Milha</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Monte Grave</u>					Telefone: <u>88-36452638</u>

Unidade de Emergência	Pai: <u>Fco Paulo</u>	Mãe: <u>Mãe Luiza de Jesus Oliveira</u>
Hospital J. L. P. Landim		

O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
☐ Andamento	☐ Regular	<u>Milha</u>	<u>18-07-17</u>	<u>11:08</u>
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
☐ Ambulância	☐ Comatoso	Local		
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de acidente de trânsito em uma rua da cidade de Milha, apresentando ferimentos na perna esquerda.

Comprovação de ato declaratório



DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	
			<u>Ass. p/ h.</u>

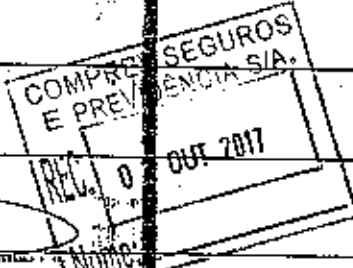
TRATAMENTO:	
<u>Leve para o farm.</u>	
<u>Estabilizar</u>	
<u>Prescrever RP</u>	

CONFERE COM ORIGINAL
10.08.17
RESPONSÁVEL SAME
FMA/PI
CNPJ 10.828.260/0001-06

DESTINO DADO AO PACIENTE	Exames Complementares
☒ Residência	☐ Internado
☐ Em Observação	☐ Transferido
☐ Encaminhado ao Ambulatório	Diagnóstico Definitivo
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade	
☐ Óbito sem tratamento	
Ass. do Paciente ou Responsável	Ass. do Médico

Ass. do Paciente ou Responsável André Lima

CPF 160.784.004-1
CRM-2630



BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIZABEL PAULO DE QUEIROZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05456-9

CONTA: 000000004572-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2010201705000000000023705456000000004572253125 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MIZUEL PAULO DE QUEIROZ

RG nº 2008990809-5, data de expedição 27/01/15, Órgão SSPDS-CE

CPF nº 620465063-75, 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:

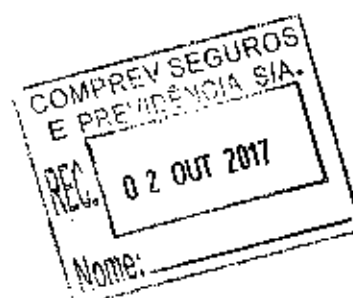
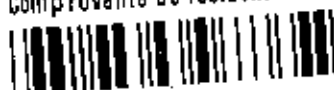
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: JOSE AVRINO PINHEIRO</u>	
Número	<u>05</u>	
Apto / Complemento	<u>ZONA URBANA</u>	
Bairro	<u>Caixa d'água</u>	
Cidade	<u>MILHA</u>	
Estado	<u>CEARA</u>	
CEP	<u>65.635,00</u>	
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989-0779</u>	
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MILHA-CE 27/09/17

Assinatura do Declarante: Mizuel Paulo de Queiroz

Comprovante de residência



Nº DO CLIENTE
5888442-4
 Para adquirir seu atendimento, utilize o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

A Enel Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 00.105.848-2

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-3 | IV

Rota 09 14060 09 386000 - 7 Data de Emissão 489093132
 Nome FRANCISCA CLEIA SILVA CAMPELO 16/08/2017
 End. Postal RU JOSE AURINO PINHEIRO 00005
 CAIXA D'AGUA - MILHA - 63635000
 Medidor 23848834
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICA
 RG/CPF/CNPJ 012517843-30
 Nome do Responsável
 Potência 0000 0000
 Fator de Potência 0.00
 CGF

DATAS
 Mês de Referência 16/08/2017
 Data da Apresentação 15/09/2017
 Previsão Próxima Entrega

INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Voto e opinião do usuário em relação ao fornecimento
 Contagem 1000000000
 Nota 1.0000000000

ICMS
 Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 6020.0073.0100.1100.1100.0000.0000

Leil. Atual	Leil. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7928	7844	1.00	84	0.00	30	0.17900	5.30
16/08/17	14/07/17	32.1453	24			0.25440	14.42
VALOR CONSUMO DE MES							21.74

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 21.74
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 2.72
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 0.79
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1.10) 11.69

VENCIMENTO 23/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 36.94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	10.39
Transmissão	1.84
Distribuição	2.00
Encargos Sociais	2.44
Tributos (PIS/COFINS)	1.51
TOTAL	22.53

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg CO₂ 35.30
 Compensação kg CO₂ 0.00
 Compensação Entreg (em % CO₂) 0.00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 02 OUT 2017
 Nome: _____

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 JOÃO PAULO PINHEIRO, portador(a) da CNH nº 00758673502, expedido por DETRAN/CE, em 28/05/2012, CPF/CNPJ nº 875.474.573-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

MIZAEZ PAULO DE QUEIROZ

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

MIZAEZ PAULO DE QUEIROZ

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

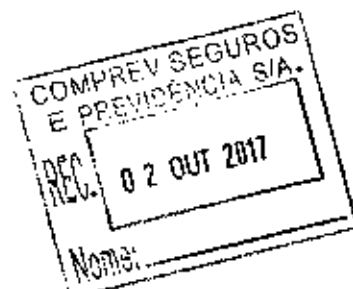
Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

João Paulo Pinheiro

ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Declaração Circular SUSEP 445/12





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

Nome do Paciente: <u>Miguel Paulo de Queiroz</u>		OCORRÊNCIA Nº <u>2</u>			
Cartão do SUS: <u>S93003213816928</u> DN: <u>04.12.98</u>		RG: <u>88-46452638</u>			
Idade: <u>18</u>	Cor: <u>-</u>	Sexo: <u>M</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Naturalidade: <u>Milhã</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>
Endereço: <u>Monte Graça</u>					
Unidade de Emergência: <u>FCC Paulo</u>		Telefone: <u>88-46452638</u>			
Hospital J. L. P. Landim		Mãe: <u>Mãe Luiza de Jesus Queiroz</u>			
☐ Andamento		☐ Regular		Atendimento: <u>Milhã</u>	Data: <u>18-07-17</u>
☐ De Automóvel		☐ Passando Mal		☐ Acidente de Trabalho	Hora: <u>11:08</u>
☐ Ambulância		☐ Comatoso			
☐ Aparentemente bem		☐ Com Hemorragia		Local: <u></u>	
Queixa principal e Resumo da Doença Atual <u>Paciente vítima de acidente de trânsito com lesões graves pelo corpo e fratura da perna E</u>					
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	<u>Acq. p/ h.</u>		
TRATAMENTO: <u>deu para os exames</u> <u>Exames de urina e sangue</u> <u>Exames de urina e sangue</u>					
Documentação médica - hospital 			CONFERE COM ORIGINAL 10.08.17 RESPONSÁVEL SAME HMA/PI CNPJ: 10.628.260/0001-05		
DESTINO DADO AO PACIENTE			Exames Complementares		
☒ Residência			☐ Internado		
☐ Em Observação			☐ Transferido		
☐ Encaminhado ao Ambulatório			Diagnóstico Definitivo		
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade			Ass. do Médico		
☐ Óbito sem tratamento			Ass. do Paciente ou Responsável: <u>André Lima F. Queiroz</u>		

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

OS



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FONE: (89) 3441.1353 - FAX: (89) 3441.4008 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com

Quixeramobim-CE



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

MICHEL ALVES DE OLIVEIRA

recebeu atendimento médico em:

17, 08, 17 com diagnóstico de: FRACTURA DA ANCA ESQUERDA

Q. 5525

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (trinta) dias de licença do trabalho,

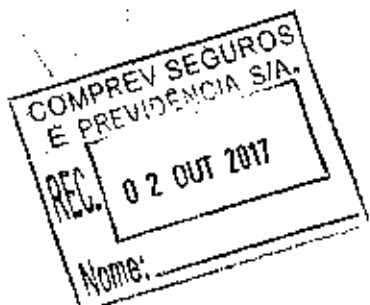
a partir da data do atendimento.

Quixeramobim-CE, 17 / 08 / 17

MEDICO/CRM

Dr. Felipe Vitor P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
R. 157, 1545 TEL 15739

Cimigraf - 3441.0388





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: WILSON PAULO OLIVEIRA

⚡
① Malignoma / g - 0/4
01 qd 6/6h SEM AL

Retorno em 14/09/17: Lx / UNATO 560
14/10/17 SEM 6/6h

17/08/17

Dr. Paulo Vitor P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12345 TEST 14739



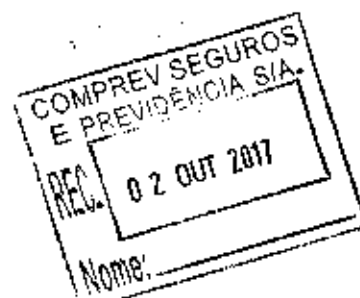
**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



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 PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



MIZAEL PAULO DE QUEIROZ

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
620.465.063-75

Nome
MIZAEL PAULO DE QUEIROZ

Nascimento
04/12/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 02 OUT 2017

Nome:

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008990809-5 DATA DE EMISSÃO 27/01/2015

NOME MIZAEL PAULO DE QUEIROZ

RELACÃO FRANCISCO PAULO DE QUEIROZ

MARIA LUIZA DE JESUS QUEIROZ

NATURALIDADE ATLINA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/12/1998

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: SEDE TERMO: 7910 FOLHA: 237 LIVRO: A

08 MILHÃ - CE

CPF 620.465.063-75

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2008/03

CÓDIGO DE CONTROLE
9260.7111.B5DC.631C

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 11:21:16 do dia 27/11/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

BRASIL

Services Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

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



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 620.465.063-75

Nome: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Data de Nascimento: 04/12/1998

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 27/11/2014

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 16:47:39 do dia 25/09/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1251.9B43.83C7.6F3D



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

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

10

COMPRESA
E PREVIDENCIA S/A.
REC: 02 OUT 2017
Nome: _____

Portaria DETRAN Nº 71 DE 05/01/2015

Publicado no DOE em 28 jan 2015

Dispõe sobre o licenciamento de Veículos Automotores registrados no Estado do Ceará para exercício de 2015.

O Superintendente do Departamento Estadual de Trânsito-DETRAN-CE, no uso de suas atribuições legais, e;

Considerando, o previsto no Artigo 1º da Resolução nº 110 de 24.02.2000 do CONTRAN, que diz: Os órgãos executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal estabelecerão prazos para renovação do Licenciamento Anual dos Veículos registrados sob sua circunscrição, de acordo como algarismo final da placa de identificação, respeitados os limites fixados na tabela a seguir:

Resolve:

O licenciamento de Veículos Automotores registrados no Estado do Ceará para exercício de 2015, obedecerá ao seguinte calendário de pagamento, FACULTADA A ANTECIPAÇÃO:

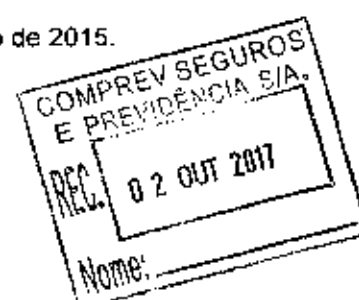
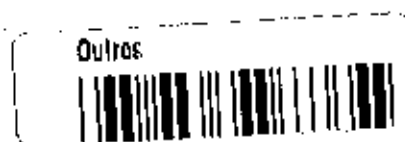
CALENDÁRIO LICENCIAMENTO EXERCÍCIO 2015

FINAL DE PLACA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
VENCIMENTO	10/03	10/04	11/05	10/06	10/07	10/08	10/09	13/10	10/11	10/12

Os EXTRATOS DE LICENCIAMENTO e DPVAT, serão remetidos através dos Correios ao domicílio de cada proprietário, para fins de pagamento junto a qualquer agência do BRADESCO, Banco do Brasil S A (BB), Caixa Econômica Federal e agências lotéricas e dos Correios, bem como posteriormente, respectivo Certificado de Registro e Licenciamento (CRLV) exercício de 2015, comprovado pagamentos de taxa de licenciamento, seguro DPVAT e parcelas correspondentes ao IPVA do exercício; O não recebimento via correios do EXTRATO DE LICENCIAMENTO no domicílio do proprietário, não implica dispensa de taxas e demais encargos relativos ao veículo, devendo o interessado, neste caso emitir as taxas através do site "detran.ce.gov.br" ou comparecer ao DETRAN ou a um de seus postos de atendimento até a data de vencimento, com a finalidade de efetuar os pagamentos e receber o CRLV correspondente. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO, em Fortaleza, 05 de janeiro de 2015.

Igor Vasconcelos Ponte
SUPERINTENDENTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384544/17
Vítima: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
CPF: 620.465.063-75

Data do Acidente: 18/07/2017
CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO PAULO PINHEIRO : 875.474.573-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de Identificação
Procuração

MIZUEL PAULO DE QUEIROZ : 620.465.063-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2017
Nome: JOAO PAULO PINHEIRO
CPF/CNPJ: 875.474.573-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2017
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

JOAO PAULO PINHEIRO

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540099 **Cidade:** Milhã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIZAEI PAULO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 18/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA
VITIMA POSSUI PAGAMENTO DE 75% DE JOELHO ESQUERDO

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540099

Cidade: Milhã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Data do acidente: 18/07/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/10/2017

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ESTUDANTE
Identidade: 2008990809-5 CPF: 620465063-75
Endereço: AV. JOSE AVAINO PINHEIRO
Bairro: ZONA RURAL - CAIXA D'ÁGUA
Cidade: MILHA CEP: 63.635.000

OUTORGADO (Procurador)

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

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

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

Local e data:

☒ Oficial Substituto
Daniel de Oliveira Ferreira
☐ Oficial Interna
Marta Neiva Pinheiro

San. Tomaz CE, 06 de Setembro de 2017.

Mizael Paulo de Queiroz
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Procuração

